

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

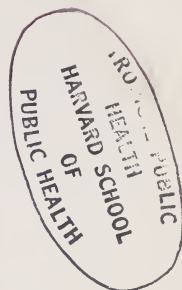
JUN 23 1953

ASAMBLA ANUAL: DICIEMBRE 10 - 14, 1952

VOL. XLIV

NUMERO 10

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico



ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL

S E P T I E M B R E

1 9 5 2

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico, under the act of August 24, 1912.

JUNTA EDITORA

MANUEL E. PANIAGUA, M.D.

Presidente

DWIGHT SANTIAGO, M.D.

LUIS MANUEL MORALES, M.D.

RICARDO F. FERNANDEZ, M.D.

JAIME F. POU, M.D.

ROBERTO JIMENEZ LOPEZ, M.D.

E. S. COLON RIVERA, M.D.

RAFAEL A. GIL, M.D.

LUIS M. ISALES, M.D.

JOSE LANDRON, M.D.

VICTOR M. RIVERA, M.D.

FELIX M. REYES, M.D.

Oficina Administrativa:

Edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico

Apartado de Correos 9111 - Santurce, P. R.

EL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 9111, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); volumen, página y año. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

INDICE DE MATERIAS

Página

OFTALMOLOGIA PARA EL MEDICO GENERAL	339
Ricardo F. Fernández, M.D., San Juan, P. R.	
SOME PSYCHIATRIC ASPECTS OF SEXUAL IMPOTENCE	346
Luis M. Morales, M.D., San Juan, P. R.	
EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS Y EL CON- TROL DEL AZUCAR SANGUINEO	358
Agustín M. de Andino, Jr., M.D., Santurce, P. R.	
OUR EXPERIENCE WITH A SUBSTITUTE BLADDER FOR CARCINOMA OF THE URINARY BLADDER	365
Luis A. Sanjurjo, M.D., and José Noya-Benítez, M.D., San Juan, P. R.	
CANCER OF THE THYROID GLAND IN PUERTO RICO	370
Roberto Fuentes	
EDITORIAL	373
CARTAS AL EDITOR	376
SECCION ADMINISTRATIVA	377

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San
Juan, Puerto Rico, under the act of August 24 1912.

SUSCRIPCIÓN ANUAL: \$4.00

ACETATO de *Cortone**

(Acetato de Cortisona de Merck & Co., Inc.)

se suministra actualmente en forma de diferentes productos para

**empleo local en
las enfermedades
oculares**



Administración tópica

Se ha comprobado que el CORTONE es sumamente eficaz en el tratamiento de muchas enfermedades oculares inflamatorias. La administración tópica está indicada principalmente en las lesiones del segmento anterior del ojo—la córnea y la úvea anterior.

Suspensión Oftálmica de Acetato de Cortone

al 2,5%—frascos de 5 c.c.
al 0,5%—frascos de 5 c.c.
La concentración debe elegirse de acuerdo con la gravedad del proceso inflamatorio. *No se debe diluir o mezclar con otras sustancias.*

Ungüento Oftálmico de Acetato de Cortone

al 1,5%—tubos de 3,5 gm.
Cuando es más conveniente emplear ungüento; por ejemplo, para aplicarse al momento de acostarse.

ACETATO de *Cortone*

(Acetato de CORTISONA de Merck & Co., Inc.)

Administración general o sistémica

Para las enfermedades de las estructuras más profundas del ojo se recomienda administrar dosis sistémicas apropiadas de las *Tabletas Orales* o la *Suspensión Parenteral*, al mismo tiempo o antes de la aplicación tópica.

Literatura a solicitud

MERCK (NORTH AMERICA) INC.

161 Avenue of the Americas, New York 13, N.Y., E.U.A.

SUBSIDIARIA DE
EXPORTACION DE
MERCK & CO., INC.
*Fabricantes de
Productos Químicos*
Rahway, N.J., E.U.A

*CORTONE es la marca de fábrica de Merck & Co., Inc. para su forma de Cortisona.

Distribuidores—CESAR CASTILLO, INC., Calle Tetuan 155, San Juan

SUPERIOR VITAMIN SUPPLEMENTS

for their varying vitamin needs



MEAD'S 3 versatile "VI-SOLS"

Pleasant tasting . . .

superior flavors assure patient acceptance

Clear, light texture . . .

non-sticky; flow easily from dropper

Exceptional dispersibility . . .

disperse instantly in fruit juice or water; mix readily with formula

Highly stable . . .

stable at room temperature;
may be autoclaved with formula

Easy, accurate dosage measurement . . .

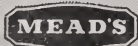
specially designed, easy-to-read dropper
assures accurate dosage

Convenient . . .

may be given in formula, fruit juice
or water, or dropped into mouth



	Vitamin A	Vitamin D	Ascorbic Acid	Thiamine	Riboflavin	Niacinamide
POLY-VI-SOL Each 0.6 cc. supplies	5000 Units	1000 Units	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
TRI-VI-SOL Each 0.6 cc. supplies	5000 Units	1000 Units	50 mg.			
CE-VI-SOL Each 0.5 cc. supplies			50 mg.			



MEAD JOHNSON & CO. • EVANSVILLE 21, IND., U. S. A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

Por qué **Biolac** se
recomienda como el
Alimento Infantil Ideal



Al médico interesado en mantenerse bien informado sobre los métodos más avanzados de la alimentación infantil artificial, le será de provecho tener presente las ventajas de BIOLAC. He aquí una relación sucinta de las razones que explican la superioridad de BIOLAC:

- **BIOLAC contiene una adecuada cantidad de proteína.** Queda enteramente satisfecho el alto requerimiento proteico de la infancia.
- **BIOLAC contiene cantidades reducidas de grasa.** Suficientemente nutritivo, aunque modificado para disminuir los trastornos digestivos.
- **BIOLAC contiene lactosa agregada.** Se le ha agregado lactosa (el azúcar natural de leche) para suplir el carbohidrato requerido. La lactosa ayuda también a asegurar condiciones intestinales y deposiciones semejantes a las del bebé alimentado al seno, sirviendo también de auxiliar en la utilización del calcio.
- **BIOLAC está enriquecido con vitaminas y hierro.** Las tomas de BIOLAC proveen suficientes cantidades de las vitaminas A, B₁, B₂, D, hierro, calcio y fósforo.
- **BIOLAC es fácil de recetar.** BIOLAC es un alimento infantil completo. El polvo BIOLAC y agua son los únicos ingredientes de la fórmula.

Estas son, Doctor, las ventajas que merecen su consideración al recetar la dieta del bebé.

SEÑOR DOCTOR: Tenemos la seguridad que BIOLAC le dará a Ud. excelentes resultados en la alimentación infantil. ¿Por qué no se convence por sí mismo sometiendo BIOLAC a una prueba hoy? Sírvese escribirnos si desea recibir literatura o material gratis para experimento clínico.

Biolac

THE BORDEN COMPANY

350 Madison Ave., Nueva York 17, N.Y., E.U.A.



9211

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

For 25% of Your Patients **B-NUTRON**

Medical surveys reveal various degrees of nutritional deficiency in *one* out of every *four* patients. For adequate nutritional supplement, B-NUTRON supplies B-Complex and *Iron* in a palatable, non-alcoholic syrup, easy to take by patients of all age groups.

B-NUTRON TABLETS

supply essentially the same formula—for adults who may prefer tablets.

Rx 4, 8 or 16 oz. — Syrup
40's and 100's — Tablets

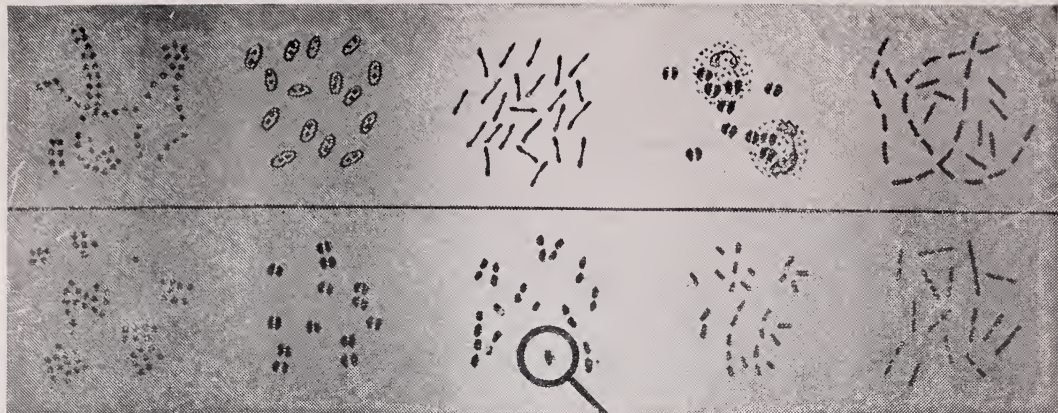


NION CORPORATION • LOS ANGELES 38, CALIFORNIA

Representantes para Puerto Rico
JOAQUIN BELENDEZ SOLA

Ave. Labra Núm. 802
Santurce, P. R.

Apartado 1188
San Juan, P. R.



**Acción bactericida
más POTENTE
en un campo de aplicación
más AMPLIO**



PenStrep*

"4:1" y "4:½"

(Penicilina y Dihidroestreptomina de Merck & Co., Inc.)
PARA SOLUCION ACUOSA

PENSTREP contiene la penicilina de acción rápida y la de acción prolongada, y Sulfato de Dihidroestreptomina Cristalina, la forma más pura de dihidroestreptomina disponible.

- VENTAJAS:**
1. potente acción bactericida mediante la acción sinérgica de estas dos drogas.
 2. un amplio campo de aplicación, porque las esferas de acción antibacteriana de las dos drogas se complementan.
 3. un índice sumamente alto de inocuidad.

PENSTREP es especialmente útil para el tratamiento de las infecciones mixtas causadas por gérmenes gram-positivos y gram-negativos, y puede ser valioso en las enfermedades de etiología desconocida, antes de haberse identificado la bacteria causante.

PENSTREP se suministra en dos formas—"4:1" y "4:½". Se recomienda usar la forma "4:1" para períodos cortos de tratamiento intensivo; la forma "4:½", para períodos prolongados de tratamiento.

PENSTREP se suministra en frascos de una dosis y de cinco dosis

PENSTREP "4:½" contiene ½ gramo de Dihidroestreptomina Cristalina (en forma de sulfato) combinado con 400.000 unidades de Penicilina Cristalina†

† (300.000 unidades de Penicilina G Procaína)
(100.000 unidades de Penicilina G Potásica)

PENSTREP "4:1" contiene 1 gramo de Dihidroestreptomina Cristalina (en forma de sulfato) combinado con 400.000 unidades de Penicilina Cristalina†

*PENSTREP es la marca de fábrica de
Merck & Co., Inc.

MERCK (NORTH AMERICA) INC.

161 Avenue of the Americas, New York 13, N. Y., E. U. A.

SUBSIDIARIA DE
EXPORTACION DE
MERCK & CO., Inc.

Fabricantes de
Productos Químicos
Rahway, N. J., E. U. A.

Distribuidores—CESAR CASTILLO, INC., Calle Tetuan 155, San Juan

SAFETY

FOR THE INFANT...

ASSURANCE

FOR THE MOTHER...

OPTIMAL NUTRIENT VALUE

WHEN Libby's Evaporated Milk is the physician's recommendation as the foundation for the infant feeding formula, these three desirable points are realized:

Fortification with not less than 400 U.S.P. Units of Vitamin D₃—irradiated 7-dehydrocholesterol—per pint of evaporated milk assures not only adequate protection against rickets for the infant, but optimal Vitamin D metabolism as well.

For the mother it carries the assurance that without other medication, without extra work, and without extra cost, her child will receive—in adequate amounts—the Vitamin D experimen-



**400 U. S. P. UNITS
VITAMIN D₃ PER PINT**



tally shown to be of optimal activity.

Nutritionally, Libby's Evaporated Milk is of high value, richer (when diluted with an equal part of water) than ordinary milk, more readily digested because of homogenization, and safer because sterile.

Libby, McNeill & Libby

*Packers of Quality Foods since 1868
Chicago 9, Illinois*

Libby's

EVAPORATED MILK

in bacterial vaginitis

Triple Sulfu Cream

TRADE MARK

eliminates vaginal discharge

by controlling the cause

in mixed vaginal infections

"The subjective symptom of discharge was cured."¹

following cervical cautery

"The absence of usual post-cautery discharge and bleeding was very striking."¹

following vaginal plastic surgical procedures

"One of the most annoying symptoms, the malodorous discharge was found non-existent in all the treated cases."² The outstanding

relief of this distressing symptom reflects the control of a wide variety of vaginal pathogens achieved by the combined sulfonamides* in Triple Sulfu Cream.

Triple Sulfu Cream

TRADE MARK

is available in 3 oz. tubes. On original prescriptions specify "Triple Sulfu Cream with applicator."

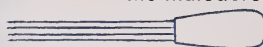
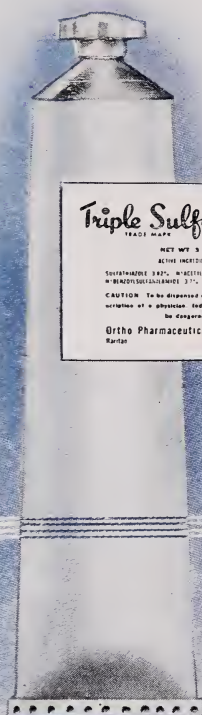
*Sulfathiazole, N'acetylsulfanilamide, N'benzoylsulfanilamide.

1. Marbach, A. H.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 55:511, 1948.

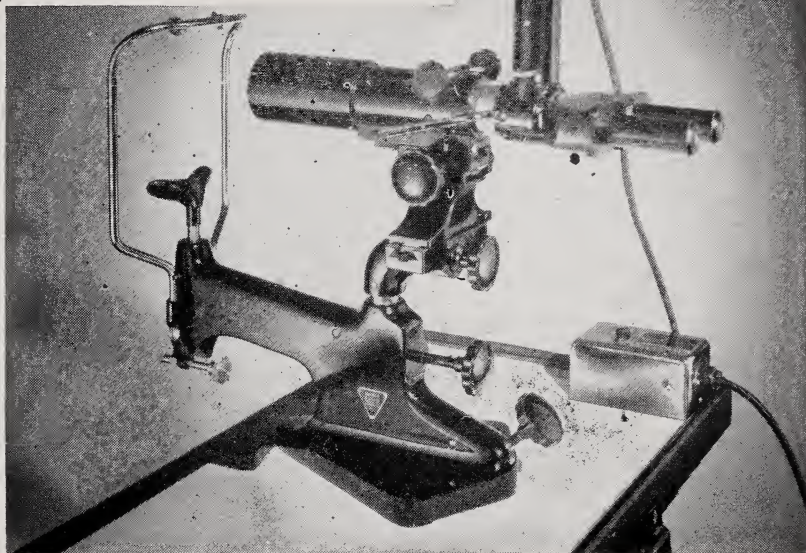
2. Blinick, G., Steinberg, P., and Merendino, J. V.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 58:176, 1949.

Ortho Pharmaceutical Corporation, Raritan, New Jersey

Gynecic Pharmaceuticals



**Better Stereoscopic Vision
...OVER BIG FIELD**



Binocular Ophthalmoscope

Critical and thorough retinal examination requires deep stereoscopic perception and high magnification. With the Bausch & Lomb Binocular Ophthalmoscope, an erect stereoscopic view of the fundus is seen magnified sixteen times. True stereoscopic vision is produced over a field four times as large as that seen with a hand instrument. This means that simultaneous view of the optic disc and the macular region is possible—even with pupils as small as 3mm. Why not let us arrange for a complete demonstration of the full benefits of this modern instrument, including its extreme ease of operation. There is no obligation on your part.

H. V. GROSCH CO.

CALLE COMERCIO 402 — SAN JUAN, PUERTO RICO

BAUSCH & LOMB

OPTICAL COMPANY



ROCHESTER 2, N. Y.
E.U.A.

comprehensive, economical vitamin-mineral therapy

EROSYN

a multivitamin-multimineral dietary supplement

INDICATIONS: As a prophylactic dietary supplement in such conditions as pregnancy, lactation, convalescence, preoperative preparation, old age, growth, poor dietary habits, restricted therapeutic diets, inadequate alimentary absorption, in diseases where the basal requirements are increased and during therapy with drugs which may affect synthesis, absorption or excretion of vitamins.

Three tablets daily supply these proportions of the daily minimal adult requirements of:

VITAMINS

A	1.25
Thiamine	2
Riboflavin	1.5
Nicotinamide	1*
Ascorbic acid (C)	1.25
Viosterol (D)	1.25

and the following whose requirements are unknown:

Pyridoxine • HCl	1 mg.
Folic acid	1 mg.
Copper	

MINERALS

Iron	1
Iodine	0.5
Calcium	0.3
Phosphorus	

Pantothenate Ca	5 mg.
Tocopherols (E)	5 mg.
	0.5 mg.



NORPLEX

a triad of B-complex vitamins: Triasyn B, U.S.P.

INDICATIONS: As a prophylactic dietary supplement or for therapy of the B-complex deficiencies: athiaminosis, ariboflavinosis and pellagra.

One tablet supplies the following daily minimal adult requirements:

Thiamine	2
Riboflavin	1.5
Nicotinamide	1*

in an excipient of U. S. P. brewer's yeast

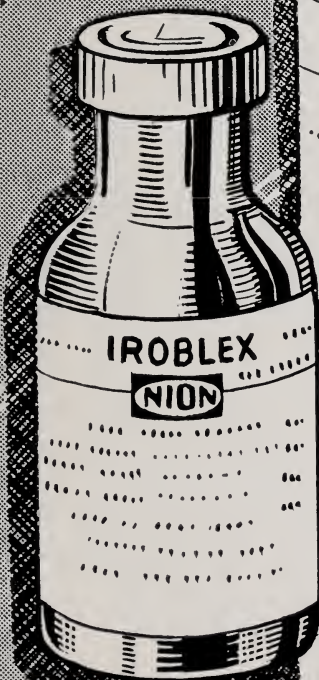
*Suggested N.N.R. optimal daily adult requirement

LABORATORIES Inc.
NORWICH, NEW YORK



INJECTABLE SOLUTIONS

Intramuscular ... Intravenous



to relieve nausea and vomiting
of pregnancy and in adoles-
cent acne

PYRIBEXIN

(Pyridoxine HCl + Thiamine Chloride)

Each 1 cc contains:

Vitamin B1 50 mg.
Vitamin B6 50 mg.

VIALS OF 10 cc

for use in hypochromic and nu-
tritional anemias

IROBLEX

(Iron - Liver - B Complex)

Each cc contains:

Thiamine HCl (B1) 100. mg.
Riboflavin (B2) 0.5 mg.
Pyridoxine HCl (B6) 1. mg.
NICOTINAMIDE 50. mg.
IRON CACODYLATE 10. mg.

LIVER (10 U.S.P. UNITS
PER CC) 0.2 cc.
Phenol (As preservative) 0.5%

VIALS OF 10 cc



Improved
Formula

NION CORPORATION LOS ANGELES 38, CALIFORNIA

JOAQUIN BELENDEZ SOLA, INC.

P.O. BOX 1188, SAN JUAN, PUERTO RICO

¡NUEVO!

DOMOGYN

Marca Registrada

POLVOS PARA DUCHAS VAGINALES

pH 4.2

moderna terapéutica

en VAGINITIS

50% de las mujeres enfermas sufren de derrames vaginales, y su pH es el índice.

Siendo la acidez el factor terapéutico más importante en Vaginitis, DOMOGYN, con un óptimo pH de 4.2, controla rápida y efectivamente esa condición, restablece óptima acidez y normaliza la flora vaginal.

R Una cucharadita de DOMOGYN en polvo o el contenido de un sobre de DOMOGYN, en dos litros de agua caliente, forman una suave ducha terapéutica.

De venta en todas las farmacias



DOME CHEMICALS INC.

109 W. 64th St., NEW YORK 23, N. Y.

LUIS GARRATON, INC.

Fortaleza 350 — Tel. 3-1593 — San Juan, P. R.

Olac

**Mead's powdered formula designed
for both full term and
premature infants**



gives a strong start for a healthy childhood

Excellent tissue turgor and muscle development in babies fed Olac® are clearly shown by steadily increasing clinical observations. These babies tend to gain weight without becoming fat, are sturdy, and resist infections well. They are generally vigorous, with happy dispositions. They get a *strong start* for a healthy childhood.

Designed for optimum nutrition of both full term and premature infants, Olac supplies milk protein in exceptionally generous amounts, to promote *sturdy growth*. Its fat is an easily digested, highly refined vegetable oil. Dextrin-Maltose® supplements the lactose of the milk, to meet energy needs and spare protein for its essential tissue-building functions.

Convenient and simple to use, Olac feedings are prepared merely by adding water. A convenient special measure is enclosed in each can. One packed level measure of Olac to 2 ounces of water gives a formula supplying 20 calories per fluid ounce. Olac is valuable not only for bottle-fed infants but for supplementary and complementary feedings of breast-fed infants.



MEAD JOHNSON & COMPANY
Evansville 21, Indiana, U. S. A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.



The
TIME-TESTED
Steroid
in
ARTHRITIS
THERAPY

Science continues to seek a cause and a cure for the arthritic syndrome.

For the arthritic sufferer who can't wait but needs relief NOW, the pioneer in the field—time-tested Steroid Complex, Whittier—ERTRON[®]—is available for use now.

Ertron is a potent drug, and like all potent drugs should be administered only under the direction of a physician who will determine compatible dosage levels.

Whittier
LABORATORIES

DIVISION NUTRITION RESEARCH LABORATORIES, INC.

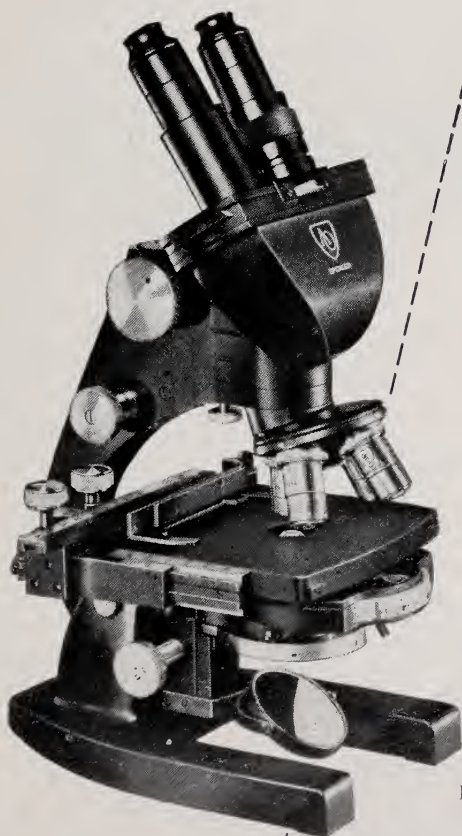
CHICAGO 11, ILL., U. S. A.

SOLE DISTRIBUTOR IN PUERTO RICO:
DRUG CENTER INC., APARTADO 8037, SANTURCE, P. R.

This NEWEST Series

of  **SPENCER**

Phase Microscopes



... is another achievement by AO Spencer Scientists who have played a prominent role in the development of phase microscopy. Today "Phase" is being widely adopted in both research and routine microscopy for studying living organisms and other materials of inherently low contrast. The usefulness of this technique has been greatly increased by the variety and versatility of AO Spencer equipment.

This new series of instruments combines the advantages of "Phase" with the recent mechanical advancements in AO Spencer Microscopes.

★ **RESPONSIVE FINE ADJUSTMENT**

Placed conveniently low. Calibrations accurate throughout entire range of travel. Backlash is eliminated.

★ **CUSTOM TENSION ADJUSTMENT**

Substage and coarse focusing tension instantly set to suit your touch.

★ **NEW "PINCH GRIP" MECHANICAL STAGE**

Rapid insertion of slides without disturbing mechanical adjustments.

★ **PHASE TURRET CONDENSER**

Easy to rotate. Interchangeable annular diaphragms, parcenterable to four phase objectives. Centerable mount for accurate alignment in substage.

★ **WIDE SELECTION OF OBJECTIVES**

Bright, Dark, B Minus Contrast in gradations to meet individual needs.

PUERTO RICO OPTICAL COMPANY
San Juan, P. R.
Representantes de
AMERICAN OPTICAL COMPANY

American  Optical

COMPANY

INSTRUMENT DIVISION • BUFFALO 15, NEW YORK

Not Iron Alone—

but many other nutritional factors are usually involved in **SECONDARY ANEMIAS**

FERBETEX

STRAND

supplies a well-rounded, well balanced therapeutic combination of essentials.

Each tablet provides:

FERROUS GLUCONATE 3 grains

LIVER CONCENTRATE 3 grains

B-COMPLEX VITAMINS

Thiamin. 2 mg.

Riboflavin 2 mg.

Ca. Pantothenate 1 mg.

Pyridoxine. 0.5 mg.

Niacinamide 10 mg.

FOLIC ACID 0.5 mg.

ASCORBIC ACID 20 mg.

and

VITAMIN B - 1 2 3 micrograms

An *Efficient* hematopoietic, **FERBETEX** is remarkably well tolerated, with optimal nutrient utilization, and least gastro-intestinal upsets.

Bottles of 50 and 100 capsule shaped tablets.

Physicians' Samples and Literature upon request.

EXCLUSIVE DISTRIBUTORS:

JOAQUIN BELENDEZ - SOLA INC.

P. O. Box 1188

Tel. 2-1100

San Juan, Puerto Rico.

*"...el producto que más
se acerca a la droga ideal..."*
para la infecciones pediátricas

Terramicina

CLORHIDRATO DE

CRISTALINA



RESULTADOS OBTENIDOS EN
62 NIÑOS TRATADOS CON TERRAMICINA*

NUM. DE NIÑOS	DIAGNOSTICO	BUENA RESPUESTA	SIN RESPUESTA
14	Neumonía lobar	14	0
31	Bronconeumonía	31	0
8	Otitis media	6	2
1	Amigdalitis	1	0
1	Sinusitis	1	0
2	Hepatitis infecciosa	0	2
1	Exantema súbito	0	1
1	Sarampión	0	1
1	Fiebre tifoidea	0	1
1	Laringotraqueobronquitis	1	0
1	Vaginitis gonocócica	0	1

*Potterfield, T. G., y Starkweather, G. A. :J. Philadelphia General Hosp. 2:6 (enero) 1951.

La Terramicina se suministra en CAPSULAS, frascos de 8 y 16 cápsulas de 250 mg.; frascos de 25 cápsulas de 100 mg.; frascos de 25 cápsulas de 50 mg. ELIXIR, 1,5 gm. con 1 oz. flúida de diluyente. COTAS ORALES, 2 gm. con 10 c.c. de diluyente y un cuentagotas calibrado. INTRAVENOSA, frascos de 10 c.c. con 250 mg.; frascos de 20 c.c. con 500 mg. UNGÜENTO, 30 mg. por gm. de ungüento, tubos de 1/2 oz. UNGÜENTO OFTÁLMICO, 5 mg. por gm. de ungüento, tubos de 1/8 de oz. SOLUCIÓN OFTÁLMICA, frascos cuentagotas de 5 c.c. con 25 mg., para la preparación de soluciones tópicas. TROCISCOS, 15 mg. por pastilla, cajas de 24.

LABORATORIOS

Pfizer
S.A.

Calle Europa esq. Américo Salas, Parada 22
Santurce, Puerto Rico



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables
propiedades *antibióticas* y *microbidas* de la tirotricina,
con la conocida acción *analgésica* de la benzocaína.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas
de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal
y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos
anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS



Philadelphia 1, Pa., E. U. A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

NEW HIGHER POTENCY VITAMIN B₁₂ · 5 MICROGRAMS PER CC.



RUBRAMIN B₁₂

RUBRAMIN is now available in a potency of 50 micrograms of vitamin B₁₂ per cc. for rapid creation of a store of **antianemia** material. Supplied in 1 cc. ampuls, 5 and 10 cc. vials.

Other Rubramin potencies: 15 mcgm. of vitamin B₁₂ per cc., 1 cc. ampuls; 30 mcgm. of vitamin B₁₂ per cc., 1 cc. ampuls and 5 and 10 cc. vials; 100 mcgm. of vitamin B₁₂ per cc., 5 cc. vials.

SQUIBB

Ahora . . . en dosis
diarias de **UN**
gramo
CLORHIDRATO DE
Aureomicina
CRISTALINA
lederle

Empleada hasta la fecha en más de 10.000.000 de casos clínicos, pasan de 7.000 las comunicaciones que sobre la aureomicina se han publicado provenientes de todos los campos de la práctica médica mundial. Desde 1949, la tendencia de estos estudios viene confirmando la eficacia de dosis más reducidas de aureomicina, el antibiótico de espectro verdaderamente amplio y actividad verdaderamente uniforme.

El nuevo plan de administración de aureomicina a dosis reducidas:

Dosis	Peso aproximado del paciente	Cantidad a administrarse	Número de dosis cada 24 horas
0,1g diario	8 kilos	Una dosis de 50mg dos veces al día, después de comer	2 dosis
0,5g diario	40 kilos	Una dosis de 250mg dos veces al día, después del desayuno y la cena Una dosis de 100mg cada 3 ó 4 horas, después de las comidas Una dosis de 50mg cada 2 horas, con leche	2 dosis 5 dosis 10 dosis
1,0g diario	80 kilos	Una dosis de 250mg cada 4 horas Una dosis de 100mg cada 2 horas	4 dosis 10 dosis
1,5g diario	120 kilos	Una dosis de 250mg cada 3 horas	6 dosis



... un timbre de honor

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

Cyanamid INTER-AMERICAN Corporation

49 WEST 49th STREET NEW YORK 20, N. Y.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

VOL. XLIV

SEPTIEMBRE, 1952

No. 9

OFTALMOLOGIA PARA EL MEDICO GENERAL*

RICARDO F. FERNANDEZ, M.D.**

El propósito de esta charla es aclarar en la mente de los compañeros ciertos conceptos básicos de oftalmología que todo médico debe tener.

Antes que nada quiero recomendarle a todos los compañeros no especializados en oftalmología que abandonen la práctica de decirle a sus pacientes: "Yo no sé nada de ojos." Díganle, si quieren, que saben poco de ojos, pero no le digan que nada saben.

Entre los conocimientos básicos de oftalmología que debe tener todo médico debe incluirse un concepto claro, aunque sea elemental, sobre el cuidado de los ojos y las enfermedades más comunes de la vista, así como la primera ayuda a prestar en casos de accidentes oculares.

Cuidado de los ojos

a- En la infancia: profiláctico Credé (nitrato de plata 1%) al nacer. Luego deben observarse cuidadosamente los ojos del recién nacido durante dos o tres meses por el médico para asegurarse de que no se desarrolle enfermedad alguna.

b- En la niñez: proteger al niño contra accidentes educando a los padres para que no les permitan jugar con tijeras y otros instrumentos punzantes, ni con fósforos, triquitraques, petardos, rifles, etc. que puedan causar grave daño a los ojos.

Debe examinarse los ojos de todo niño antes de ingresar a la escuela aunque no haya anormalidad aparente. Si antes de esa edad el niño se pone bizco o no parece ver bien, debe ser remitido al oculista sin demora.

*Conferencia dictada ante la Asociación Médica del Distrito de Arecibo, el día 7 de septiembre de 1952.

**Del Instituto Oftálmico de Puerto Rico, San Juan, P. R.

En la escuela y en la casa debe proporcionarse al niño buena luz para leer y libros de tipo adecuado.

Durante la vida escolar debe probarse la visión del niño **todos** los años al comenzar el curso. Todo médico debe tener en su oficina un cartel propio para probar la visión de sus pacientes y especialmente a los niños. Todo niño que se encuentre con visión defectuosa debe ser enviado a un especialista.

c- En el adulto: aconséjale a sus pacientes y a toda persona el cuidar sus ojos en su trabajo y fuera de éste; dígame que no se arriesgue en piedras de esmeril, tornos y otros oficios peligrosos para la vista sin las debidas gafas protectoras. Que no abusen de sus ojos trabajando todo el día y luego leyendo novelas por largas horas o yendo al cine todas las noches.

Los ojos necesitan descanso y la mejor forma de descansarlos es durmiendo. También pueden descansar mirando a distancia si han estado fijos para cerca por mucho rato, o simplemente cerrándolos por unos segundos.

Efecto del alcohol y el tabaco en la vista

El uso excesivo de las bebidas alcohólicas y del tabaco afecta los ojos, como puede hacerlo a cualquier otro órgano del cuerpo. Aunque algunas personas abusan de estos agentes tóxicos sin daño aparente, a otras personas puede afectársele la vista con mucho menos cantidad. Como no es posible determinar de antemano quienes son más susceptibles, debe aconsejarse moderación y cautela en su uso, y si notara alguna debilidad visual descontinuarlos inmediatamente.

Enfermedades de la vista

1—Oftalmía del Recién Nacido

Las infecciones de los ojos en los primeros días de vida son muy peligrosas, especialmente la llamada oftalmía del recién nacido. Esta enfermedad se manifiesta con marcada hinchazón y enrojecimiento de los párpados y supuración abundante. Si se descuida, la córnea se ulcera y entonces, aunque la infección sea detenida, queda una nube y la visión muy reducida. La causa más frecuente de la enfermedad era el gonococco pero hoy día va en decadencia y la mayoría de los casos son producidos por el pneumococo o un "virus". Esta enfermedad es muy contagiosa y debe ser atendida inmediatamente por el médico. Generalmente cede pronto con inyecciones de penicilina y gotas de aureomicina. Los casos producidos por virus responden a veces mejor con sulfadiazina, que con peni-

cilina. Deben lavarse los ojos por fuera con solución bórica 2% o agua hervida.

Algunos casos de supuración persistente de los ojos en niños recién nacidos se deben a que han nacido con el conducto de las lágrimas obstruido. En estos casos se nota que los ojos lloran continuamente además de supurar y deben ser llevados lo antes posible a un oculista, para que corrija el defecto. No es necesario esperar que el niño tenga más de diez o doce días de nacido para destaparle el lagrimal y mientras más pronto se haga mejor.

2- Conjuntivitis aguda: en niños y adultos es muy común en Puerto Rico y a veces es de carácter epidémica y se le conoce popularmente por "ceguera". Esta forma es causada generalmente por el Bacilo Kock-Weeks pero puede ser producida por pneumococos, estreptococos, estafilococos, y a veces hasta por el bacilo de Morax-Axenfeld.

Para prevenir la enfermedad debe educarse al público para que no use toallas o pañuelos de otras personas y a no tocarse los ojos con las manos sucias y cuando alguien en la familia o algún vecino contrae la enfermedad, redoblar estas preocupaciones.

Para el tratamiento de los casos corrientes basta con el lavado externo de la cara con agua y jabón y la instilación en los ojos de gotas de argirol fresco al 10% o mercurocromo 2% tres veces al día. **No se vendan los ojos:** esto es muy importante: recuerden que nunca debe vendarse un ojo que supura, porque empeora.

En casos muy violentos debe emplearse colirio de aureomicina o cloromicetina cada 2 horas y administrar tabletas penfonilina o penicilina en inyecciones. Si el paciente es alérgico a penicilina puede dársele combisul o aureomicina. Si el enfermo no sana en dos a tres días con este tratamiento debe ser remitido al oculista.

3.—Conjuntivitis crónica y queratoconjuntivitis flictenular

Estas enfermedades son muy comunes en los niños de este país. La primera se caracteriza por síntomas de lagrimeo e irritación crónica de los ojos, con supuración escasa y formación de granulaciones en la superficie interior de los párpados. Esta enfermedad es muy molesta pero no daña a la visión y no debe confundirse con "tracoma", enfermedad peligrosa que por suerte no existe en este país. Su tratamiento consiste en aplicar soluciones débiles de sulfato de zinc de 1/5 a 1/10 del uno por ciento y mejorar todo lo posible la salud y condiciones de vida del enfermo.

La queratoconjuntivitis flictenular es una enfermedad de los ojos que se debe en gran parte a pobre salud general y en un tiempo se consideró como una forma de tuberculosis. Es casi exclusiva

de la niñez siendo muy rara en los adultos. Los síntomas principales son la gran aversión a la luz y el lagrimeo tan excesivo que a menudo produce irritación marcada de la piel de los párpados y de las fosas nasales y el labio superior. El niño mantiene los ojos fuertemente cerrados y se niega a abrirlos donde hay claridad.

La enfermedad tiene gran tendencia a repetir cada vez que se debilita la salud del niño.

El tratamiento consiste de atropina, tónicos, baños de sol, eliminar infecciones focales, parásitos intestinales, etc. y debe ser dirigido por un oculista.

4.—Úlcera de la córnea

Esta condición conocida comunmente con el nombre de “nube” es bastante corriente en nuestra isla. Puede ser producida por rasguños, pajas, arena u otras materias extrañas en los ojos con infección subsiguiente. Otras veces las úlceras se producen como complicación de la “ceguera” y otras formas de conjuntivitis.

Las úlceras traumáticas son muy comunes en Puerto Rico entre los trabajadores de caña por estar éstos muy expuestos a rozaduras y rasguños especialmente con hojas de caña y luego tocarse los ojos con manos o pañuelos sucios.

Los síntomas más frecuentes de esta enfermedad son dolor, irritación, disminución de la visión y la aparición de una mancha blanca en la córnea.

El tratamiento de esta condición depende de la severidad del caso. En casos leves de ulceritas pequeñas puede aplicársele atropina 1-2% en la oficina y recetarle mercurocromo 2% y pomada de aureomicina o terramicina para usar en su casa tres veces al día. En casos más serios debe usarse colirio de aureomicina o cloromicetina cada dos horas, e inyección diaria de penicilina por dos días, y si no mejora remitirlo al oculista. El ojo afectado debe vendarse.

5.—Glaucoma

El médico general debe saber que este término incluye un grupo de condiciones patológicas cuyo distintivo común es el aumento de la presión intraocular. Que generalmente se presenta después de los 40 años, no es contagiosa pero la tendencia a la enfermedad puede heredarse. Que tiene dos formas: la aguda, dolorosa y repentina, conocida antiguamente por “dolor de clavo”; y la crónica más frecuente y traicionera, porque no produce dolor ni otros síntomas marcados sino la pérdida lenta y gradual de la visión hasta dejar ciega su víctima.

Los síntomas principales de la forma aguda son en primer lugar dolor insoportable en el ojo y un exceso de lágrimas. El intenso dolor se riega por el lado de la cabeza y de la cara y con frecuencia viene acompañado por náuseas y vómitos. Hay además pérdida rápida de la visión que puede llegar a ser completa en pocas horas. El dolor es tan grande que el enfermo se postra y se pone pálido con los brazos y piernas fríos. Los calmantes corrientes como aspirina, instantina, etc., producen muy poco alivio. El ojo se pone rojo, la conjuntiva y los párpados se hinchan y la bola del ojo se pone muy dura y sensitiva.

Debido a su menor frecuencia y a que el fuerte dolor obliga al paciente a buscar auxilio médico, esta forma de la enfermedad no es tan dañina como la crónica. Su tratamiento es mediante operación y solamente se emplean medicinas para aliviar al paciente y prepararlo para la operación. Con este propósito se usan gotas de Pilocarpina 2% cada dos horas y bolsa de hielo continua, y debe administrarse morfina o Dilaudid para el dolor. Es importante saber que la operación no es efectiva después de tres días de comenzar el ataque por lo que debe acudir **inmediatamente** al oculista.

El glaucoma crónico por desgracia es el más común, y como dije antes, es una enfermedad muy traicionera pues no produce dolor ni síntomas que indiquen a su víctima que la tiene excepto el empobrecimiento progresivo de la visión y que en algunos casos el enfermo ve un arco-iris alrededor de las luces.

El tratamiento de esta forma de la enfermedad por medicina, dieta, modo de vida, u operación, sólo puede ser dirigido por un oculista.

En cuanto a la prevención de esta enfermedad recomendamos a todas las personas de 40 años en adelante examen periódico de la vista por un oculista, particularmente si hay empobrecimiento progresivo de la visión, u otros de los síntomas descritos.

Los instrumentos que se emplean para medir la tensión intraocular son delicados y difíciles de interpretar por el médico general, pero el Dr. Berens de N. Y. me enseñó no hace mucho un aparatito simple que está perfeccionando para el médico general, que solamente indica si la tensión es normal o elevada a más de 25 mm. de mercurio que se considera aumentada.

6—Catarata

El médico debe saber que la catarata es una opacificación del lente cristalino, y que hay cataratas congénitas, juveniles y seniles. Además las hay traumáticas y secundarias a inflamaciones intraoculares, a diabetes, etc. Debe saber también que una catarata

senil puede complicarse con glaucoma especialmente si se deja transcurrir demasiado tiempo para operarla.

No debe aventurarse un diagnóstico de catarata sin un examen cuidadoso de los ojos, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1—Cerciorarse bien de que no existe glaucoma y que la córnea esté clara y la pupila libre, reaccionando normalmente a la luz.

2—No despachar ningún caso positivo o sospechoso de catarata sin advertirle al enfermo que vea un especialista cuanto antes y nunca aconsejarle que espere hasta que no vea para hacerlo.

3—Cuando coexisten la catarata y el glaucoma lo esencial es reconocer esta última que es la afección de mayor gravedad.

7—Iritis

Hay que saber distinguirla del glaucoma agudo y de la conjuntivitis. En la iritis la pupila está contraída y su borde adherido por sinequias al lente cristalino y la tensión intraocular es generalmente baja. En glaucoma agudo la pupila está dilatada y fija y la tensión del ojo es siempre alta. En la iritis no hay secreción externa sino inyección pericorneana y lagrimeo, lo que la distingue de la conjuntivitis.

El tratamiento de la iritis como el de glaucoma debe dejarse al oculista.

8—Estrabismo

Cuando vea un niño con esta afección no diga nunca a los padres que con el crecimiento quizás desaparezca el defecto, pues esto sólo ocurre en raras ocasiones, y en la mayoría de los casos se pierde, con la espera, la oportunidad de corregir el defecto a tiempo con posibilidad de restablecer la visión binocular, o por lo menos evitar que se pierda la visión del ojo desviado. Para esto debe empezarse el tratamiento lo más temprano posible pues después de los 7 años ya generalmente resulta inefectivo quedando el ojo con muy poca visión. Hay que tener en cuenta además que un niño que va a la escuela con un ojo desviado desarrolla complejos de inferioridad que no desaparecen luego con la corrección del defecto y por esto la importancia de curarles si posible antes de la edad escolar.

9—Accidentes de la vista

Primera ayuda: Hay que tener una buena lupa binocular (que sólo vale 5 o 6 dólares) y una linterna de baterías (flashlight),

un buen colirio anestésico (Pontocaína 1/2%), una buena aguja para cuerpos extraños y una pequeña pinza de disección y otra de pestañas. Es bueno tener siempre en su oficina además colirio de mercurocromo 2% y pomada oftálmica de aureomicina 1% y de Cortisona 1-1/2%.

1—Cuerpos extraños: Al examinar un ojo para determinar la presencia de un cuerpo extraño es necesario hacer una inspección sistemática del saco conjuntival inferior, de la córnea, de la conjuntiva del globo ocular y de la cara conjuntival del párpado superior. Para esto último hay que saber virar el párpado superior; es un pequeño ardid que todo médico debe saber. El secreto está en que el paciente tiene que permanecer mirando hacia abajo, lo demás es fácil; con el índice y el pulgar de una mano se cogen las pestañas y con el índice de la otra mano, que sirve de fulcro, se hace una leve presión hacia el ojo por encima del párpado en el borde superior del tarso, elevando a la vez el párpado asido por las pestañas. Al soltar el párpado y ordenar al paciente mirar hacia arriba éste revierte automáticamente a su sitio.

Si el cuerpo extraño está debajo del párpado puede removerse fácilmente con un palillo envuelto en algodón húmedo, si está en la córnea requiere mayor anestesia; tres o cuatro instilaciones de pontocaína 1/2%. Si está muy incrustado en la córnea debe remitirse a un oculista.

Después de la extracción, mercurocromo 2%, pomada de aureomicina y vendaje. Observación y cura diaria hasta que esté bien.

Si no se encuentra cuerpo extraño instile una gota de mercurocromo 2% para determinar posible erosión de la córnea: se ve que el área descamada toma el tinte rojo mientras la córnea sana no tiñe.

2—Quemaduras: Químicas o térmicas en los ojos son siempre de cuidado. Lávese bien el ojo con agua o solución salina, póngase una gota de pontocaína 1/2% para aliviar el dolor y aplíquese pomada oftálmica de cortisona o picrato de butesina, dentro y fuera del ojo; véndese y remítase al oculista.

3—Traumatismos: Lávese el ojo exteriormente, inspecciónese con cuidado, y si se encuentra o sospecha algún daño, póngale pomada de aureomicina y remítalo inmediatamente al oculista.

SOME PSYCHIATRIC ASPECTS OF SEXUAL IMPOTENCE*

LUIS M. MORALES, M.D., F.A.C.P., F.A.P.A.

San Juan, P. R.

Perhaps it would not be inappropriate, by way of introduction to recount the story about the elderly gentleman who went to see his physician with the request that his virility be lowered. Surprised by such an unusual request the doctor remarked that people generally came to him seeking help for just the opposite purpose: to have their virility increased. "But, doctor, that is just the trouble", replied the patient. "I have no complaints about the amount of my virility, but I must have it lowered because all of it is **up here**" — and he touched his head — "where it does not do me any good".

Tragic indeed is the plight of the impotent man. It has always been sad, as evidenced by the extensive writings of the ancients on the subject of the inability of man to perform the sexual act. In our present culture sexual prowess in the male of the species is perhaps the most important if not the sole criterion of masculine function and sexual impotence or debility is gravely offensive to a man's self-esteem.

The social implications that the lack of sexual potency has can be surmised from the fact that it is a valid cause for legal divorce and even for the ecclesiastical annulment of marriage in almost every portion of the western world.

As to the incidence of this affliction one contemporary author makes the following statement in a recently published book¹: "It is by now a well-known fact that over seventy per cent of the women in our culture are sexually frigid, and we may suppose that a comparative number of men suffer from lack or **impairment of potency**". In a footnote to this remark he comments that the data on female frigidity are obtained more easily because many women regard their inability to enjoy sexual life as a virtue. Impotent men, on the other hand, are aware of their incapacity only when erection fails and orgasm is completely impossible.

Men who are absolutely impotent avoid all contact with women and for obvious reasons do not speak of their shortcoming. This is particularly true in our own latin culture where a man's male-ness, his **machismo** which implies full sexual virility is at such a high premium. Yet, as Flescher remarks, the actual incidence of disturbances of potency must be very high. One **index to this** is the great wealth of advertisements about miraculous cures of

* Read by invitation at the Third Annual Meeting of the Puerto Rico Urological Association, San Juan, P. R., on July 18, 1952.

"sexual weakness" by means of "infallible" preparations or procedures. The organization in New York, about which we read in a recent issue of a popular weekly magazine,² of a sort of "Impotents Anonymous" for the group therapy of these patients is another indication of their great prevalence, despite Kinsey's low statistical findings in this area of sexual behavior.

Although this condition is of such a great statistical, sociological and psychological importance, strange as it may seem very little has been known about its etiology and nature until comparatively recent times. Until the advent of psychoanalysis as a scientific tool for therapy and research, at the close of the nineteenth century, impotence was wholly attributed to organic causes such as foci of infection and structural defects in the organs of generation and also to the effects of so-called sexual abuse — meaning masturbation and excessive venery. Every well-informed physician, however, is perfectly aware today of the fact that organic impotence is very rare. Except for relatively infrequent neurological disorders as the myelitides, tabes dorsalis and multiple sclerosis in which it may occur as a symptom, the somatic conditions that may produce impotence, especially if it occurs as an isolated symptom are so very rare as to be practically negligible.

Impotence is psychogenic in the vast majority of instances. We shall therefore devote the remainder of this paper to discuss briefly the psychological mechanisms that are most frequently found to be responsible for this dysfunction, and some of the principles of treatment. But first of all let us clarify our meaning of the term.

Impotence has been simply defined⁴ as the inability to execute the sexual act despite the conscious desire to do so. "In order for an individual to consummate the sexual act — says Pinsky — he must first of all be capable of erotic arousal. Secondly, he must be capable of developing an erection. Thirdly, he must be able to maintain an erection, and finally he must have the ability to experience an ejaculation".

A more explicit classification of impotence is the useful "Sexual Dynamometer" of Mantegazza⁵ in which the degree of potency is measured according to a scale ranging from zero to ten, as follows:

0. No desire; erection impossible.
1. Erotic desires, but erection likewise impossible.
2. Capacity for semi-erection through masturbation, whipping, or introducing hard objects into the anus.
3. Strong erection with the same stimulants.

4. Voluntary erection in the morning, absence of such at other times in spite of all stimuli.
5. Erection at any time, but incomplete, adequate for an embrace, but not for defloration; it is produced by caresses, but not through direct stimulation.
6. Erection with the same treatment, but adequate for all occasions.
7. Voluntary erection, but slow, with any stimulus.
8. Voluntary and rapid erection under the influence of full desire.
9. Voluntary, strong erection which arouses desire and enhances it, and frequently repeats itself day and night.
10. Erection as in No. 9, but which can be controlled by the will to such an extent that it can maintain several embraces successively with or without ejaculations, and without interrupting two embraces with a flaccidity of the penis.

Potency, then, has various degrees. A man may be able to achieve a complete erection, but if he ejaculates prematurely or loses the erection *ante portas* he is definitely suffering from impotence despite his excellent erectile capacity.

Let us proceed now to discuss briefly the psychological implications and the psychodynamics of impotence.

A young man who is undergoing psychotherapy for a neurosis of which the most disturbing symptoms are frequent headaches of psychogenic origin, pathological blushing, excessive timidity and sexual impotence recently reported to me the following dream that he had:

"I find myself lying naked on a bed, in the supine position. A naked woman whom I cannot identify is sitting on top of me, astride and facing away from me. I try to have a sexual embrace but I introduce my erect organ *a tergo*. As I do this, my mother comes into the room. She stands by the bed, looking at me disapprovingly and I experience an orgasm. Mother threatens me with telling Father what I have done. I wake up in a state of great fear."

Another patient, a middle-aged man with an infantile personality had an unconscious homosexual fixation and when he entered treatment he complained of many neurotic symptoms of the obsessive-compulsive variety. He was also suffering from a severe disturbance of sexual potency. Early in the course of therapy he reported the following dream:

"I am in a hotel room with my oldest brother. We both get into the bed and he tries to embrace me. The door opens and some-

body comes into the room. I feel terrified as I see Father standing at the foot of the bed”.

Everyone with experience in psychotherapy will confirm Emil Gutheil's remarks⁶ about the great frequency with which impotent men and frigid women dream of love affairs being interrupted by persons entering the room or looking on. Other frequent dreams are about journeys in the course of which the dreamer must leave the vehicle before reaching his destination — this being a common oniric symbol of premature emission. The repeated dreams about climbing mountains or trying to reach some difficult place and being stopped on the way by all sorts of intervening obstacles is an indication of how the disturbance in sexual potency can be symptomatic of a more general dysfunction involving the total personality and affecting the individual as a whole. Expressions of frustration and also the fear and hostility that impotent men feel towards women are quite clearly revealed in their dreams.

The psychological causes of impotence operate at diverse levels of consciousness. It is important to know this because the therapeutic approach has to be adapted to each particular problem. If the non-psychiatric physician has a clear concept of the psychodynamics involved he will be able to determine when he can handle the situation with hopes of success and when he should seek the advice of an experienced psychotherapist. I strongly believe that certain psychotherapeutic techniques to which we shall make reference below when we talk about treatment can and should be successfully applied by the non-psychiatric physician in the treatment of many of these patients.

It is a well-known fact, for instance, that a diminution or loss of sexual desire and consequent impotence may be a transitory reactive condition provoked by emotional stress. It may occur in states of grief, extreme fatigue or acute worry. A careful and detailed history will reveal the influence of these factors in many patients who can be successfully treated by so-called superficial methods of psychotherapy which can be applied by any understanding physician and not necessarily by a psychiatrist.

Among the known causes of impotence the ones which I have most commonly found in practice fall under the three major headings of **Fear, Anger and Conflicting Loves**.^{7, 8} Under a **fourth** heading I could also add examples of what Stekel has called “The Will to Impotence”, often based on an unconscious asceticism.⁹ Let us not forget, however, that the common denominator for practically all cases of impotence is the so-called “castration anxiety”—about which more will be said below.

If we were to tabulate these causes we could do it thus:

C	
A	1. Fear
S	
T	a. Of disapproval or punishment
R	b. Incestuous fantasies
A	
T	2. Anger
I	
O	a. Hostility toward women
N	b. Sadistic fantasies toward women
	c. Anger based on passive-feminine-submissive wishes
A	
N	3. Conflicting Loves
X	
I	a. Love for another woman
E	b. Incestuous fantasies
T	c. Unconscious homosexual trends
Y	d. Excessive self-love ("Narcissism")
:	
:	4. The "Will to Impotence" (W. Stekel)
:	

Let us now expatiate on each of these causes.

Under the first heading there come those whose symptom is based on a more or less conscious fear of disapproval, punishment, criticism or ridicule for genital activities. We are continually confronted with the fact that as a result of a faulty education all ideas and emotions concerning the organs of generation have become in very many persons charged with feelings of fear, guilt, disgust, shame, even hatred. When these undesirable attitudes become a part of the self during the process of personality growth, disturbances of function in this bodily system are prone to occur. Some people never get over this childish feeling that everything connected with venereal pleasure is bad and sinful. They expect to be submitted to criticism, ridicule or actual punishment by the image of the disapproving person in authority every time that they try to indulge in sexual pleasure, even when this occurs in the most licit morally and socially approved circumstances. All of us have probably seen cases similar to the one mentioned in the literature¹⁰ that of the newly-married man living in the home of his father or father-in-law, who has the feeling that each morning when coming downstairs he will be soundly thrashed for having had intercourse with his own wife. Many a case of impotence in a newlywed has been "cured" by the simple expedient of moving his

habitation to another place where he can enjoy sexual relations in privacy, free from the fear of being overheard or of making out of his act a semi-public spectacle.

2-a. More or less conscious hostility toward women is not uncommonly found at the root of impotence. Every man builds up in his unconscious his personal image of woman taking as a prototype the first woman with whom he comes in daily contact during life, and with whom he remains in intimate association for many years: his own mother, or mother-substitute. But mothers, although we naturally idealize them, are human beings with all sorts of emotional problems and difficulties of their own which are reflected in their children who become innocent victims. Many men have been so mistreated by their mothers that they develop an intense hostility towards them and later, by extension and displacement, towards all women in general. At times these feelings operate at a conscious level, but more often they are maintained by repression in the depths of the unconscious. This accumulated unconscious hatred does not permit these men to treat their wives, in whom they consciously recognize many fine qualities, with the kindness which they deserve. The woman must be deprived of any pleasure, even in the sexual act, and even at the expense of self-punishment with impotence. Many of these men have a strong wish, of which they are not at all consciously aware, to punish, to hurt, to soil the partner with his penis. The stronger that this desire becomes, the more resolutely that the ego defends itself by reacting in just the opposite direction and becoming impotent.

This illustrates how impotence in many cases is a neurotic defense against the emergence of feelings and impulses that are unacceptable or threatening to the man's ego, and especially to his conscious ideal of self. If such a man could become aware of his true feelings and put them into words he would be saying to himself: "If I am potent and completely capable of enjoying sexual ecstasy I may lose my self-control and then these prohibited impulses to hurt my partner may overwhelm me". So he defends himself unconsciously against this possibility by a neurotic renunciation of genitality.

2-b. An analogous mechanism operates in some men who indulge in sadistic phantasies toward women. When their unconscious motives for impotence are uncovered a great fear of injuring the female genital organs is found at the root of the trouble. The phantasy that the penis is a powerful destructive weapon which may do irreparable harm to the loved woman is common in these instances. But this, in turn, is naught but a defense against the so-called **castration anxiety**, which, after all, is the fundamental motivation of all sexual inhibitions.

It should perhaps be explained for the benefit of those who are not too familiar with psychoanalytic terminology that when the word "castration" is used in terms such as **castration anxiety** or **castration complex** it has nothing at all to do with the surgical intervention which creates eunuchs. Since the child has no idea of the function of the testes, what he fears and unconsciously may always be afraid of, even in adult life, is that something will happen that will deprive him of his penis. The recognition of this fear is so anxiety-provoking that many men defend themselves against this threat by the mental mechanisms known as **denial** and **projection**. In other words the fear of losing the penis, which in many cases interfere with developing erections or is the cause of loss of erection **ante portas**, in others is turned into a fear of the opposite. If their unconscious could express itself in words it would say to these men: "Look, you are not going to lose your penis as a punishment for your sexual thoughts and desires. On the contrary, you have a very potent phallus. But it is a dangerous weapon with which you are going to hurt and may be destroy your beloved". The end-result of these mechanisms is identical with what happens when a man is ridden by castration anxiety.

2-c. Another common mechanism which can be included under this second heading of hostility toward women is the one based on **envy of the female role in life**. Despite the greatly vented "masculine pride" there are men who actually would have preferred having been born females. They resent their masculinity and feel envious of the prerogatives of the female of the species. These men have been conditioned to this attitude early in life, by the preference shown to a sister by their parents, for instance, or by the attitudes of one or both parents who expected a girl and felt greatly disappointed by the birth of the boy. As one author puts it "some men envy women the opportunity to stay at home, to wear pretty clothes, to bear children, and their role of passivity in the sexual act. They resent the attention which women receive. These men are reluctant to give the woman sexual pleasure or to give them a child. They resent having to take care of the woman and child, and unconsciously wish to be taken care of as children themselves. When these passive trends are strong impotence may be the result."¹⁰

This was the case with the first patient whose dream I recounted above. As you will recall in this dream the basic conflicts may be discerned. You will remember that in this dream he was assuming a passive-feminine-submissive role by lying supine while his unidentified female partner straddled him. His reluctance to assume a frankly masculine role in genital relations was symbolized in the dream by his intromission of the phallus into the woman's

posterior orifice rather than in her vagina. The sexual partner in the dream, furthermore, was facing away from him. He had a premature emission when he saw the menacing countenance of his mother who frowned upon his sexual activities and threatened punishment — castration — by the father.

3. Under the third heading — **Conflicting Loves** — we find the man who cannot accept his partner sexually because he loves some other woman. In many instances this love is entirely unconscious. Not being consciously aware of it the patient cannot “confess” it, as one cannot confess what one does not know. This problem of a clash of loyalties becomes even more tragic and acute when the unconscious object of the impotent’s man love happens to be his own mother or his sister. The incestuous phantasies which haunt many men are so threatening to their peace of mind that they become deeply repressed and their only outward manifestation is the symptom of impotence itself. The treatment of these cases should be entrusted only to the very experienced and expert psychotherapist. If not, irreparable psychological harm may be done to these patients.

3-b. So-called “latent homosexuality”, that is, a person’s **unconscious** love for a person of the same sex is another of the conflicting loves that may stand in the way of a successful heterosexual adjustment. The term “homosexuality” is charged with powerful emotional connotations due primarily to the moral and social taboos usually connected with what in our culture is considered a perversion. So it is extremely hard for the average man to accept the fact that in his constitutional make-up there is some degree of attraction for and to men and that this unconscious attraction is normally present in every human being. It is rather a question of quantity than quality, and of the ways in which each individual personality is able to integrate those drives within the process of growing up.

Psychoanalysis has shown that every normal human being passes through a phase in life when his or her libidinal energies are primarily oriented towards members of the same sex. There are some individuals who never grow up emotionally beyond that particular stage of development. These people consequently reach chronological adulthood without being able to ever attain the capacity to love intimately a person of the opposite sex. This so-called homoerotic drive, however, is not always permitted an overt expression in the form of frank homosexual behavior. But in these cases, if it is not “sublimated”, that is, channeled into constructive activities which are not only acceptable but even commendable from a social and moral point of view, it is then “repressed”. This means that the drive and every idea connected with it is auto-

matically and involuntarily wiped off from conscious awareness but the emotional charge which animates the drive makes it nevertheless a pretty powerful motive for otherwise unexplainable behavior. Sometimes this behavior includes sexual impotence as a symptom.

3-c. Strange as it may seem, the "conflicting love" beneath many a case of impotence is not between a man and a second woman, nor his love for another male, but it is the infantile type of love that a man feels for himself. The well known biblical injunction to "love thy neighbor as thyself" is the true basis of real love, in the emotionally mature adult. Love of another person is an overflow of self-love. In cases of extreme self-love — "**narcissism**" as it is technically called — there is no love left for anyone, including the sexual partner. "Narcissistic" men live constantly so fascinated with themselves that they can spare very little interest for anything or anybody outside of their own over-valued **ego**. No libidinal energy is left for them to establish satisfactory relations—sexual or of any other kind— with other human beings. The scant interest that these men can show in sex is manifested in their impotence.

4. Time limitations do not permit us to expatiate here on a fourth group of patients who are unconsciously bound by what Wilhelm Stekel has called the **chastity clause**.¹¹ We could present examples of impotent men who have unconsciously renounced genitality feeling that they are bound by a vow. The analysis of these patients generally reveal that their unconscious renunciation of genitality has been basically determined by the psychodynamic constellation known as the **oedipal situation**.

Now, a few final remarks about treatment. As we have said before, all of these mechanisms operate at diverse levels of consciousness to produce impotence as the end-result. Most of them are unconscious and cannot be uncovered except by specialized techniques which are beyond the province of those who are not highly trained psychotherapists. Many patients, however, can be definitely helped by less pretentious procedures. Some of the cases have their etiology in environmental factors or in distorted concepts about sex or to inadequate sex knowledge due to erroneous education in this area. These can be greatly helped by the non-psychiatric physician who knows how to use psychotherapeutic techniques such as re-education, ventilation, judicious ego-support in the form of adequate reassurance, and environmental manipulation. These techniques, which should be part and parcel of every physician's armamentarium prove to be especially helpful in the hands of the urologist who is in a privileged position to be able to

relieve many cases of impotence by the judicious employment of these measures.

In the matter of treatment the initial step is the taking of a complete and detailed history. This will give the experienced physician the most significant clues as to the etiology and dynamics of the situation. A very careful and thorough physical examination should then be performed. This, beside ruling out the possibility, however remote, of any organic etiological factor, actually has an inestimable psychotherapeutic value.

Once that the psychogenic origin of the disturbance is established the next consideration is what to do about therapy. To tell the patient that there is nothing the matter with him is adding insult to injury. The patient feels and knows that there is very much the matter with him or else he would not be suffering from the symptom that brought him to seek help from the physician. To tell a patient that his impotence is due to his "nerves", that it is pure imagination and to "go ahead and forget about it", and let it go at that, is a useless, harmful, cruel, confusing and misleading procedure.

The patient should be frankly told that the possible organic causes of his symptom have been ruled out and that there are also many positive indications that his trouble has a psychological origin. Psychological causes, one may add, do produce sickness which is as real as and sometimes more incapacitating than illness due to physical causes. "These psychological causes, however, have have nothing to do with insanity or with disturbances of the mind as the average layman conceives them — one should hasten to explain — and the resulting physical symptoms are as amenable to treatment as those of most organic diseases". It should be explained, furthermore, that the methods of treatment in these cases are somewhat different, as they do not necessarily include the taking of pills or injections or other physical procedures.

And here is precisely where a very great difficulty confronts many a physician. He just cannot talk this way to a patient because he feels that he has not really earned his fee unless he gives the patient a little slip of paper with something —**anything**—scrawled on it. The great emotional need of many physicians to experience the unconscious feeling of magical power that writing and handing out a prescription has for them is the source of much unnecessary and even harmful medication.

Let us emphasize here the futility and the potential danger of prescribing unnecessary drugs for impotence. Aphrodisiacs, hormonal preparations, even allegedly harmless prescriptions such as tonics, vitamins and other placebos not uncommonly inflicted on these patients can and do injure them at a psychobiological level.

The same can be said for the diverse physical procedures that were quite in vogue at the time when I started out to practice medicine. They were intended to "influence" the patient psychologically and they undoubtedly did so, but in an adverse manner. The practice, or rather malpractice of massaging healthy prostates to "cure" impotence, or of painting the urethral crest hoping to relieve a non-existing verumontanitis are examples of this. A great deal of psychological damage can be done to a patient who is submitted to such manipulations, especially if his impotence happens to be due to a latent homosexuality or is the expression of the passive-submissive attitude that we have referred to above.

The correct procedure, then, is to approach the problem which is essentially psychologic, from the psychological standpoint which is the only valid one. If the physician has taken pains to obtain the patient's history competently he will be supplied with ample material to understand the situation and to deal with it adequately.

Now the questions may arise in your minds as to **when** and **how** to refer a patient for psychotherapy. A complete answer would require a very long discussion, but at least let us bring out a few practical points.

First, as to when to refer a patient to a psychotherapist. Allow me to quote Weiss and English on this, as their criteria strike me as being very sound:

"If no change whatever in the attitude or feeling is brought about after approximately six interviews over a period of two or three weeks, —they say— it is probable that any flow of feeling into the genital organs has been so cut off during psychosexual development that a quite marked change in the whole personality will have to be brought about in order to influence the frigidity or impotence. A therapeutic technic is then necessary which by patient, intensive work, will uncover those memories of early life experience which have led to the faulty attitudes. When the early life memories are uncovered and the emotions associated with them, such as fear, disgust, and hate, are drained off, then the normal feelings and psychological capacity for sexual pleasure are released."¹¹

Finally, once decided that he can only be helped if more highly specialized psychotherapeutic procedures are used, the most important thing to do next is to **make the patient himself a participant in the decision of referral to a psychiatrist**. Several colleagues with whom I have discussed this particular point agree with me in that the technique of referral can be an important factor in the final outcome. Our experience has been that whenever a well-meaning but too anxious urologist, in his eagerness to help the patient has enthusiastically "sold" him the idea of seeing a psychiatrist in such a manner that the patient feels that he has been

practically "railroaded" into psychiatric treatment, the results are negative. It generally happens that the patient, although superficially acquiescent, inwardly resents the move and he either fails to keep the initial appointment with the psychiatrist or if he keeps it, it is just to please the referring physician and he soon drops the whole procedure. After two or three visits during which the production of significant material is very meager and the patient's attitude is one of reserve, resentment or open hostility, he discontinues the interviews.

The best way in which to help the patient to accept psychiatric treatment is by presenting the matter to him in such a light that he comes to feel that **he** himself is the one who has decided to try psychotherapy because he feels that he may benefit from it and not because the doctor thinks so.

And now, having arrived at the end of our short journey through the Dantesque inferno of impotence, we might stop for a moment to sympathize with our unfortunate patients, wistfully reciting with Omar Khayyam.

*"Ah Love! could thou and I with fate conspire
To grasp this sorry Scheme of Things entire,
Would not we shatter it to bits — and then
Re-mould it nearer to the Heart's Desire!"*

BIBLIOGRAPHICAL NOTES

1. Flescher, Joachim — "Mental Health and the Prevention of Neuroses", New York, Liveright Corporation, 1951.
2. "Tragedia Intima" — in the weekly magazine "Vision", issue of February 19, 1952.
3. Kinsey, Pomeroy and Martin — "Sexual Behavior in the Human Male" Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1948.
4. Pinsky, Abe — "Impotence in Man" (A lecture published by the Auxiliary Council to the Association for the Advancement of Psychoanalysis, New York, 1950).
5. Cited by Wilhelm Stekel in the first volume of his "Impotence in the Male", New York, Liveright Publishing Corporation, 1939.
6. Gutheil, Emil — "The Handbook of Dream Analysis", New York, Liveright Publishing Corporation, 1951.
7. There is an excellent discussion of this topic in English and Pearson's "Emotional Problems of Living", New York, W. W. Norton and Company, 1945, and also in Weiss and English's "Psychosomatic Medicine", Philadelphia, W. B. Saunders Co., 2nd. Ed., 1949.
8. Ferenczi, Sandor — "Sex in Psychoanalysis", Boston, Richard G. Badger, 1916.
9. Stekel, Wilhelm — "Impotence in the Male" (two volumes), New York, Liveright Publishing Corporation, Library Edition, 1939.
10. Weiss and English — "Psychosomatic Medicine", Philadelphia, W. B. Saunders Co., 2nd. edition, 1949.
11. W. Stekel, *op. cit.*
12. Weiss and English, *op. cit.*, p. 585.
13. "Rubáiyát of Omar Khayyám." Tr. by Edward FitzGerald.

EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS Y EL CONTROL DEL AZÚCAR SANGUÍNEO

AGUSTIN M. DE ANDINO, JR., M.D.

Santurce, P. R.

Al comenzar esta discusión es mi propósito el presentar a ustedes el problema del origen y el mecanismo de los factores que regulan el metabolismo de los carbohidratos, y por consiguiente el nivel de azúcar sanguíneo. Una persona normal puede ingerir durante el transcurso de un día varios cientos de gramos de carbohidratos sin que el nivel del azúcar sanguíneo suba más allá de 160 mgm. por ciento. Por otro lado, el mismo individuo puede subsistir en una dieta exenta de carbohidratos o puede ayunar por muchos días sin que la glucosa sanguínea baje más allá de 70 mgm. por ciento. Por lo tanto, con una cantidad de carbohidratos en la dieta fluctuando desde 0 hasta 500 gmos. por día, la variación correspondiente en la glucosa sanguínea es solamente de 90 mgm. por ciento. Este sencillo ejemplo indica que los factores que regulan el metabolismo de los carbohidratos son extremadamente precisos en su modo de actuar, y de tal naturaleza que el nivel de glucosa sanguínea nunca baja de cierto límite mínimo y nunca sube excesivamente.

Los cereales (incluyendo los granos), los vegetales, las frutas, el sirop, y las azúcares constituyen los carbohidratos más importantes de la dieta normal. El 60% del contenido calórico total de la dieta de los habitantes de los Estados Unidos se deriva de los carbohidratos. Este porcentaje es aún más alto en otros países del mundo, especialmente aquellos pueblos con niveles de vida muy bajos como Puerto Rico. Los carbohidratos de más importancia en la dieta son los monosacáridos glucosa y fructuosa, los disacáridos sacarosa, lactosa y maltosa, y el polisacárido almidón. Los granos y los vegetales, especialmente los tubérculos y las legumbres, contribuyen con más del 50% de la cantidad total de carbohidratos ingeridos por una persona normal. Aproximadamente 25% se deriva de sacarosa en la forma de azúcares de caña o de remolacha, mieles y azúcar de arce. La lactosa derivada de la leche y sus productos contribuye con un 10% del total. El resto de los carbohidratos se deriva del contenido de glucosa de las frutas, la miel de abeja y el sirop de maíz, de una cantidad pequeña de polisacáridos que se encuentran en las frutas y los vegetales y de una cantidad

*Presentado ante la reunión anual del Colegio de Químicos de Puerto Rico, el 17 de agosto de 1952.

**Profesor auxiliar de medicina interna en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.

pequeña de glicógeno derivada de la carne, el pescado y los crustáceos.

La digestión del almidón y el glicógeno es iniciada por una amilasa salivar llamada ptialina, la cual es elaborada rápidamente por la glándula parótida. El almidón es hidrolizado parcialmente a dextrinas durante el proceso de masticación. La transformación a maltosa continúa en la parte superior del estómago hasta que el ácido clorhídrico segregado por la pared estomacal inhibe la acción del fermento salivar. Esta inhibición ocurre a un pH aproximado de 4. La hidrólisis ácida reemplaza entonces a la actividad enzimática, y si el almidón o el glicógeno permanecen dentro del estómago por un período prolongado es posible la conversión total del polisacárido a monosacárido. Sin embargo, bajo condiciones normales, la conversión de todos los carbohidratos a la fase monosacárida es llevada a cabo por los importantes enzimas digestivos derivados del tejido pancreático. El jugo pancreático contiene una amilasa que hidroliza el almidón a maltosa y una maltasa que convierte este disacárido a glucosa. Los fermentos pancreáticos no tienen efecto alguno sobre otros disacáridos. La secreción de la pared del intestino delgado contiene amilasa, maltasa, lactasa y una invertasa. Estos enzimas actúan sobre los azúcares correspondientes en el lumen del intestino pequeño. Si se ingieren grandes cantidades de almidón crudo, una porción considerable de este material aparecerá sin alteración en las heces fecales porque la ptialina y los enzimas diastásicos de las secreciones pancreáticas e intestinales digieren esta sustancia muy lentamente.

La absorción de carbohidratos ocurre normalmente en el intestino delgado. La absorción de los carbohidratos concentrados se facilita por la dilución que ocurre en el estómago. Este proceso de dilución es ayudado por el hecho de que altas concentraciones de glucosa retardan el vaciamiento del estómago. El individuo normal tiene la capacidad de absorber a través del conducto intestinal la cantidad aproximada de un gramo de carbohidratos por kilogramo de peso por hora. La velocidad de absorción puede ser alterada notablemente por cambios funcionales en el intestino delgado. Estos cambios pueden ocurrir debido a deficiencias nutricionales, como en el caso del esprú tropical, o como resultado de anormalidades en la secreción de la glándula tiroides o la corteza suprarrenal. La insulina, la hormona de más importancia en el metabolismo de los carbohidratos, aparentemente no tiene efecto alguno en la absorción de glucosa y otras hexosas por el tracto intestinal. El factor más importante en la absorción es el proceso de fosforilización de las moléculas de glucosa que ocurre en la mucosa intestinal. De menor importancia es el factor de simple difusión a

través de la pared intestinal, el cual ocurre más lentamente y que varía con la estructura del azúcar envuelto en el proceso.

Las proteínas, además de proveer al organismo de los amino ácidos esenciales al cuerpo humano, constituyen la fuente más importante de la glucosa no derivada de los carbohidratos. Se estima que el 50% de las sustancias proteicas y el 10% de la grasa se pueden convertir en glucosa. Así pues, teóricamente, el equivalente de glucosa de cualquier dieta puede ser ilustrado por la siguiente fórmula:

$$\text{CHO} + 0.58 \text{ proteínas} + 0.10 \text{ grasas}$$

De la mucosa intestinal pasamos al hígado que es el órgano que provee de glucosa a los tejidos y por consiguiente influye grandemente en el nivel de glucosa sanguínea. No solamente retiene como glicógeno una porción considerable de la glucosa absorbida para futuras necesidades, sino que también, y esto es aún de mayor importancia, puede sintetizar glicógeno partiendo de sustancias que no son carbohidratos, por el proceso de gluconeogénesis.

De esta manera la glucosa pasa al torrente sanguíneo cuando no se ingiere alimento alguno, o cuando la dieta es deficiente en carbohidratos ya formados. Es aquí que la formación de glicógeno, así como su liberación, están afectados por factores endocrinos. La epinefrina, derivada de la glándula suprarrenal, y el factor hiperglicémico del páncreas, aligeran el proceso de glicogenólisis, mientras que la insulina aumenta la velocidad de la síntesis del glicógeno en el tejido hepático. Por otro lado la velocidad de la formación de carbohidratos de los productos catabólicos de las proteínas está bajo la influencia directa de las hormonas adrenocorticales.

Antes de seguir adelante deseamos decir algunas palabras acerca de la insulina. Es ésta la hormona más importante en el metabolismo de la glucosa. **La insulina cristalina** es una molécula proteica con un peso molecular de 36,000. Por su naturaleza de proteína es la insulina muy susceptible a la acción proteolítica de la tripsina pancreática y por tanto es inactivada rápidamente cuando se administra por vía oral. Todas las preparaciones de insulina, con la excepción de la preparada en Dinamarca, exhiben un efecto hiperglicémico inicial que dura de quince minutos a una hora. Se ha demostrado que este efecto se debe posiblemente a la presencia de un enzima aparentemente elaborado por las células alfa del páncreas y que ejerce su efecto hiperglicémico por liberación del glicógeno hepático. El período inicial de hiperglicemia es seguido por la fase hipoglicémica que dura de cuatro a seis horas. Esta acción hipoglicémica es producida por un aumento en la fijación de glucosa en los tejidos, lo cual tiende a reducir la glucosa sanguínea. La insulina aumenta el depósito de glicógeno en el músculo del animal normal y causa un aumento en la deposición de glicógeno en el

hígado del animal diabético. En el diabético ejerce un efecto anti-cetogénico; aumenta el cociente de respiración; reduce la concentración de los fosfatos inorgánicos y la concentración del potasio en la sangre así como también disminuye grandemente el catabolismo proteico. Tal importancia tiene esta hormona en el campo de las ciencias médicas que los investigadores que la descubrieron en el 1921, los doctores Banting y Best, fueron recompensados con el premio Nobel de Medicina.

Discutiremos ahora cómo se utiliza la glucosa en los tejidos, sea ya derivada de la dieta o suplida por la actividad del hígado. Aparentemente se metaboliza a través de tres trayectos distintos. El primero es la transformación de glucosa a glicógeno ya sea en el hígado o en el músculo. El paso más importante en este primer trayecto es la síntesis de glucosa-6-fosfato partiendo de glucosa. Esta reacción que es catalizada por la enzima hexokinasa, ha sido señalada por los Cori y sus colaboradores como el punto sobre el que ejercen su efecto la insulina y una hormona de la glándula pituitaria no identificada aún. Sus experimentos sugieren que este factor pituitárico inhibe el enzima y reduce la utilización de glucosa, acumulándola en la sangre. Por otro lado la insulina remueve la inhibición de la hormona pituitárica y por lo tanto aumenta la utilización de la glucosa.

El segundo trayecto metabólico en la utilización de la glucosa es el proceso de oxidación a bióxido de carbono y agua. Esto se lleva a cabo por una serie de transformaciones preliminares a través de las cuales se forman, o un derivado tricarbónico, el ácido pirúvico o un derivado dicarbónico de naturaleza desconocida. Estos compuestos se oxidan bajo la acción de un sistema de enzimas por un trayecto conocido como el ciclo tricarboxílico de Krebs. Se cree que este ciclo sea también el trayecto de oxidación final para los metabolitos intermedios de los carbohidratos derivados de los ácidos grasos y de las proteínas.

El último trayecto en el metabolismo de los carbohidratos y el menos conocido es la formación de los ácidos grasos. Esta transformación, como señala el trabajo experimental de Stetten y Boxer, es la más importante desde el punto de vista cuantitativo. Los ácidos grasos formados en esta manera se almacenan sin limitación alguna en los depósitos adiposos del cuerpo para utilizarse de acuerdo con las necesidades del organismo.

Consideremos ahora el asunto de cómo se mantiene el azúcar sanguíneo durante el ayuno. El mantener un nivel mínimo de glucosa en la sangre alrededor de 70 mgm. por ciento durante el ayuno o cuando la dieta no contiene carbohidratos, es de imperiosa necesidad para el sostenimiento del sistema nervioso. Un animal privado de la capacidad para mantener su nivel de glucosa sucumbe

rápidamente y su muerte se debe solamente a la falla del tejido nervioso, ya que los otros tejidos del cuerpo pueden subsistir sin glucosa.

Existen dos medios por lo que el organismo puede mantener el nivel de glucosa durante períodos de hambre o de inanición. El primero es por la formación de azúcares de precursores no-carbohidratos, principalmente de proteínas y sus derivados. El segundo es reduciendo la utilización de glucosa a los niveles mínimos requeridos para el sostenimiento del sistema nervioso. Ambos mecanismos se utilizan por el cuerpo y ambos están bajo el control del sistema endocrino.

Como ejemplo de este control del sistema endocrino podemos mencionar el efecto del ayuno en el animal normal y en el animal hipofisectomizado. Una rata normal puede ser ayunada por varios días sin que se produzca una depresión patológica del azúcar sanguíneo. Por otro lado el animal hipofisectomizado muere a las pocas horas. Si se hacen observaciones simultáneas en el animal se encuentra que en aquel sin hipófisis, tan pronto el glicógeno hepático baja a concentraciones características del ayuno, la glucosa sanguínea comienza a bajar rápidamente. Esto no ocurre en el animal normal aún cuando el glicógeno hepático se reduce a igual nivel indicando claramente que los mecanismos responsables por la estabilización de la glucosa en la sangre están alterados grandemente en la ausencia de esta glándula endocrina.

Otra marcada diferencia en el comportamiento de estos dos animales se encuentra en los cambios que ocurren en el glicógeno muscular bajo los efectos del ayuno. En animales normales, ayunados hasta la muerte, la cantidad de glicógeno muscular es mantenida a cierto nivel. Por el contrario, en el animal hipofisectomizado se observa una baja rápida de este componente muscular. Este nivel bajo indica un consumo anormalmente rápido de los carbohidratos en tiempos que en el animal normal se observa una movilización mínima de esta substancia.

Houssay ha demostrado que ocurre una marcada mejoría en la diabetes pancreática consecutiva a la extirpación quirúrgica de la glándula pituitaria. Desde este experimento memorable se ha acumulado una gran cantidad de literatura médica sobre esta materia. La evidencia recogida parece señalar a la hormona de crecimiento de la pituitaria como aquella directamente relacionada con el metabolismo de carbohidratos y por consiguiente de efecto importante en el animal diabético.

Nuestra discusión no estaría completa sin mencionar la importancia de la corteza adrenal en el metabolismo de los carbohidratos. La corteza suprarrenal es estimulada por el bien conocido fac-

tor pituitárico, el ACTH, a segregar sustancias esteroides de las cuales la cortisona es la que mejor se conoce. Estas sustancias esteroides influyen no solamente en el metabolismo de los carbohidratos sino también en el de las proteínas y las grasas. En el hombre

animal **diabético la adrenalectomía evita** el catabolismo excesivo de proteínas y disminuye la excreción excesiva de nitrógeno en la orina. También reduce la hiperglicemia, la glicosuria y la cetonuria en el paciente diabético y causa hipoglicemia en el individuo normal después del ayuno leve. Produce una disminución en los carbohidratos almacenados en los músculos y en el hígado así como también aumenta la sensibilidad a la insulina. Por otro lado la administración de ACTH o cortisona aumenta el catabolismo proteico, agrava la diabetes y disminuye la sensibilidad a la insulina. Las glándulas suprarrenales también influyen grandemente en la transportación de la glucosa y en su utilización en los tejidos y como tal, juegan un papel importante en el mantenimiento del azúcar sanguíneo.

Para concluir, hemos tratado de señalar que aunque el nivel absoluto de la glucosa sanguínea es el resultado de esos procesos por los cuales el azúcar es añadido al torrente sanguíneo y de aquellos por los cuales es utilizado por los tejidos, el mantenimiento de este nivel dentro de límites estrechos es consecuencia directa de la interacción entre estos procesos metabólicos y las secreciones de ciertas glándulas endocrinas, a saber, el páncreas, las suprarrenales y la pituitaria. La velocidad de utilización de la glucosa en los tejidos y por lo tanto el límite superior de glucosa sanguínea, es influenciado por una secreción adecuada de insulina. Por otro lado, el mantenimiento de un nivel mínimo de glucosa sanguínea es el resultado de relaciones complejas entre las secreciones de la pituitaria, la corteza adrenal y, algunas veces, la hormona de la médula adrenal. Este sistema ayuda a mantener la glucosa de tres maneras; primero, la secreción de epinefrina libera glicógeno hepático rápidamente; segundo, por la liberación de ACTH, que estimula a la corteza adrenal a segregar esteroides cuya función primordial es la formación de glucosa de sustancias proteicas; y, tercero, las hormonas corticales inhiben la utilización de carbohidrato por los tejidos. En esta última acción son ayudadas por la hormona de crecimiento de la pituitaria.

Los nuevos conocimientos de la acción reguladora de las glándulas suprarrenales y pituitaria en el metabolismo de los carbohidratos han contribuido en parte a resolver el problema de la diabetes en el hombre, pues han aclarado nuestros conceptos sobre lo que ocurre cuando existe una deficiencia insulínica. Es muy pro-

bable que una explicación más adecuada de estas relaciones entre las glándulas endocrinas nos resuelva el misterio de la diabetes humana.

SUMMARY

It has been pointed out that while the absolute level of the blood glucose at any time is a resultant of those processes by which glucose is added to the blood and those by which it is utilized by the tissues, the maintenance of the blood glucose within the rather narrow normal limits is a consequence of a close interaction between those metabolic processes and the secretions of certain endocrine glands, notably the pancreas, anterior pituitary and the adrenal. The rate of utilization of glucose in the tissues, and hence the upper limit of blood glucose, is largely determined by an adequate secretion of insulin. On the other hand, the maintenance of a minimal level of blood glucose is the result of a complex interplay between the secretions of the anterior pituitary, the adrenal cortical hormones and in some instances, the hormone of the adrenal medulla. This system supports the blood glucose in three ways. First, the discharge of epinephrine makes available any preformed liver glycogen. Second, by the release of ACTH, which in turn augments the output of the cortical steroids, whose main function appears to be the acceleration of glucose formation from non-carbohydrate sources. Third, these cortical hormones appear to suppress carbohydrate utilization by the tissues. In this last effect they may be helped by the anterior pituitary growth hormone.

The new knowledge, on the role of the anterior pituitary and adrenal glands in the regulation of carbohydrate metabolism, contributes to our understanding of human diabetes by throwing light upon the chain of events which follow a deficiency in the insulin supply. It is most probable that a more adequate understanding of these interrelationships will give us the answer to the mystery of human diabetes.

OUR EXPERIENCE WITH A SUBSTITUTE BLADDER FOR CARCINOMA OF THE URINARY BLADDER

LUIS A. SANJURJO, M.D.*

and

JOSE NOYA-BENITEZ, M.D.**

The malignant tumors of the urinary bladder constitute one of the major problems that tax the urologist's ingenuity.

For several years great many authors in America and abroad have approached bladder tumors from different angles, but in spite of their independent and combined efforts, innumerable patients continue dying from this disease.

When dealing with the malignant tumors of the bladder the urologist must face several problems which we shall attempt to discuss briefly.

1. **Diagnosis:** The procrastination of a complete urological investigation in the presence of hematuria is perhaps the main reason whereby a prompt diagnosis of a bladder malignancy is not made and many patients have, when first seen by the urologist, a far advanced malignant tumor of the urinary bladder. Any treatment offered at this stage is merely palliative. Once more we wish to call the attention of the medical profession and state, that in the presence of gross or microscopic hematuria a malignant tumor of the urinary tract must be suspected and the patient submitted to a complete, and if necessary repeated urological studies to rule out cancer. When and if the urologist succeed in convincing both patients and physicians of the importance of hematuria as a warning sign of disease, specially malignancy of the urinary tract, we shall be in a better position to make early diagnoses and offer to these patients the best treatment that modern medicine can give.

It is undoubtedly probable that if we were afforded the opportunity to examine and treat a larger series of patients having early tumors of the bladder, a more accurate statistical data would be available from which to draw precise conclusions.

2. **Behaviour of bladder tumors:** In daily practice it is observed that the so called benign papillary tumors of the bladder, either undergo malignant degeneration in great many instances or behave like such because of the renal damage they are likely to produce when improperly treated. Furthermore it seems necessary to stress that bladder tumors recur with extreme frequency

*From the Surgical Department, Division of Urology, School of Medicine and Tropical Medicine, San Juan, P. R.

**From the Department of Surgery, School of Medicine, University of Puerto Rico.

at the original site of implantation or new growths may appear in another segment of the bladder.

These tumors apparently recur near or at the same location of the primary growth because the initial lesion was inadequately treated at the onset or because the tissues continued to receive the influence of carcinogenetic factors.

TREATMENT

1. The roentgen rays and radium have been widely employed to treat bladder tumors, but it was soon discovered that most bladder malignancies are resistant to various forms of radiation and consequently are of limited therapeutic value.

2. Transurethral fulguration or the endoscopic resection of bladder tumors have their indications and limitations. When a tumor is small and superficial and has not extended beyond the submucosa the above mentioned procedures may prove satisfactory in most instances.

If the growth has extended into the muscle wall, it is impossible to ascertain that all the tumor has been removed. Small nests of malignant cells may be left behind and when discovered during a subsequent examination give the impression of a recurrence. These cannot be considered true recurrences and one must accept that an incomplete resection or fulguration of the tumor was performed.

Jewett's classification of bladder tumors deals primarily with the extend of tumor invasion into the bladder wall. In analyzing various series of cases it is possible to realize that the more superficial growths afford the best percentage of cures, whilst the mortality rate increases steadily when the muscularis and the serosa have been involved by malignant cells.

Radical surgical procedures such as partial or total cystectomy seem to be more logical procedures which follow the modern trends of thought when dealing with malignant growths originating in other organs. Segmental bladder resection is as a general rule an easy surgical procedure and in most instances carries a low morbidity and mortality. Distant complications, other than recurrence of the tumor are negligible, however, the remaining bladder tissue that is left behind remains subjected to the action of possible carcinogens that reach the bladder with the urine or through the blood stream.

Total excision of the urinary bladder is the only surgical treatment that permits a permanent cure provided there are no metastasis. But if radical surgery under this ideal situation seems to solve the problem of recurrences or new growths, the diversion of

urine, which is mandatory when these radical measures are undertaken, leads to a formidable high incidence of morbidity and mortality as a result of urosepsis.

With extreme frequency, pyelonephritis supervenes sooner or later following nephrostomy, cutaneous ureteral transplants and ureterosigmoidostomy. Of the latter, some eighty different operative techniques are found described in the literature; it is obvious thus, that none of these surgical procedures is full proof. The techniques proposed by Nesbit and Cordonnier have gained many advocates during recent years, but it is premature to determine if the mucosa to mucosa anastomosis represents the final word in ureteral transplants into the bowel. Absorption of the urinary solids through the bowel constitutes another complication that may accompany ureteral transplantation into the bowel, many patients succumbing to a disrupt electrolyte balance.

Concerned about the problem of ascending pyelonephritis which has been observed in many of our patients and after analyzing the results of various authors, we decided to attempt the transplantation of the ureters into an isolated segment of the large bowel following the technique described by Merricks et al. Two cases of advanced carcinoma of the bladder were selected.

CASE 1 — J. C. F. #93 810 — a 61 years old white male was referred to us from the Fajardo District Hospital with a diagnosis of a large bladder tumor. A biopsy confirmed the cystoscopic findings and Broder's grading of the biopsy specimen was grade IV transitional cell carcinoma of the bladder. The tumor covered the trigonal area and extended into the left lateral bladder wall, however, the tumor pass partially filled the cavity of the viscus. On bimanual examination the bladder was heavy and hard but movable and extension into the muscularis was apparent.

The laboratory studies were as follows: erythrocytes 3,860,000; hemoglobin 65%; color index 89; white blood cells 8,500; differential count 71% segmented; 26% lymphocytes; 3% eosinophils; the blood chemistry, non protein nitrogen 35.4 mgm per cent; blood urea nitrogen 23.5 mgm per cent; creatinine 1.5 mgm per cent; chlorides 505 mgm per cent. The blood serology was negative. Total proteins 5.98 gms per cent; albumen 3.13 gm per cent; globuline 2.85 gms per cent. Cephaline flocculation test was + in 24 hours and + in 48 hours. The urine culture yielded a *pseudomonas aeruginosa* and a hemolytic *staphylococcus albus*.

An intravenous pyelogram revealed a normal right kidney but no opaque media appeared on the opposite side. On the cystogram a large filling defect consistent with a tumor growth was present. On the radiograph of the chest metastasis was not evident.

The patient received the routine preparation for ureterosigmoidostomy and on Dec. 21, 1951 under sodium pentothal, curare, nitrous oxide and oxygen and cyclopropane a substitute bladder was created and the ureters transplanted into it. The mobilization and preparation of the large bowel was performed by Dr. José Noya, Head of the Surgical Department.

Through a mid transverse abdominal incision the cecum and ascending colon were mobilized up to the hepatic flexure where it was divided, particular care being exercised to preserve the blood supply. The terminal ileum was divided about 9 inches proximal to the cecum and an end to end ileocolostomy performed, then the opening on the severed ascending colon was adequately closed. The pouch thus formed was mobilized towards the midline and the ureters transplanted by a Coffey I. The appendix was removed.

During exploration palpable lymph nodes were found but the bladder appeared mobile. The segment of the terminal ileum was brought through a stab wound on the left side of the abdomen and an 18 F Foley catheter was passed into the newly formed bladder. On Jan. 18, 1952 the urinary bladder, seminal vesicles and prostate gland were uneventfully removed under general anesthesia.

The clinical course of the patient from the time of the ureteral transplant until his death on Feb. 12, 1952 was as follows: The blood chlorides ranged from 450 mgm per cent to 500 mgms per cent. The non protein nitrogen never rose above 36 mgms per cent. Shortly before his death the blood chemistry was as follows: NPN 35.4 mgm, BUN 23.5 mgms, creatinine 1.5 mgm, chlorides 532 mgms; Co 25 combining power 50 volumes per cent.

Following cystectomy the temperature spiked to 100° for several days due to severe wound infection. A small cutaneous urinary fistula was about closed at the time of death. Permission for post mortem studies was not granted by the family.

CASE 2 - J. M. #94 870 - Age 53 - was admitted to the San Juan City Hospital with a history of having had an episode of silent hematuria about a year and six months prior to admission and since that time initial and terminal hematuria were observed on several occasions.

The cystoscopic examination disclosed a large fungoid tumor mass occupying the cavity of the bladder and biopsy done. The pathological report was grade III squamous cell carcinoma of the urinary bladder. The bimanual examination revealed a fixed hard bladder occupying the pelvic cavity.

The urine was definitely bloody. Phenosulphonephtaleine was excreted fairly well in 2 hours, 59.1%; the blood urea nitrogen, non protein nitrogen, creatinine, chlorides and CO² combining power were within limits of normal. On the intravenous pyelogram mild

bilateral ureteropyelocalyectasis was evident and the cystogram disclosed a large filling defect corresponding to the size and location of the tumor growth.

The patient was adequately prepared and on Jan. 24, 1952 a substitute bladder was made following the technique previously described. During the surgical operation the retroperitoneal and iliac lymph glands were found involved by metastasis.

The patient's post operative course was complicated by a 102° elevation of temperature on the second post operative day also on Feb. 1952 it rose to 101°. There was a small urinary fistula which healed after several weeks. He was maintained, however, in electrolyte balance and at no time there was evidence of hyperchloremic acidosis, his chlorides remaining on the lower limits of normal. The patient was discharged on April 18, 1952, three months after admission. He had deteriorated physically to a great extent and was slowly following a downhill course due to his malignancy. At the time of this report we have been informed that the patient is in extremis.

OBSERVATIONS

1. We were frequently inconvenienced by obstruction of the catheter with large amount of thick mucoid matter and frequent irrigations were necessary to prevent obstruction and spillage around the Foley catheter.

2. Both patients tolerated this extensive surgical procedure extremely well.

3. In spite of definite renal damage, ascending pyelonephritis was not observed clinically.

4. There was no detectable disruption of the electrolyte balance in spite of definite renal damage, this being attributed to the fact that constant catheter drainage was maintained on both cases.

CONCLUSIONS

1. A substitute bladder utilizing a segment of the terminal ileum cecum and ascending colon was made on two patients with advanced carcinoma of the urinary bladder.

2. The surgical procedure although highly technical and time consuming is feasible and well tolerated by human beings.

3. The immediate results seem satisfactory but experience must be gained by studying a larger number of patients. This will permit to determine if the incidence of infection is less when the ureters are transplanted into an isolated segment of the large bowel not continuously contaminated with feces as is the case when the ureteral transplants are made into the sigmoid colon.

4. In view of the short follow up of these two patients we are unable to draw final conclusions.

CANCER OF THE THYROID GLAND IN PUERTO RICO

ROBERTO FUENTES*

Cancers of the thyroid gland make up almost one per cent (0.7%) of the cancer cases diagnosed in the Island of Puerto Rico yearly.

Of the over 6,000 cases at present in the Cáncer Registry of Puerto Rico maintained by the Bureau of Cancer Control of the Department of Health, forty-one are cancers of the thyroid. Only twenty-four of these are pathologically proven. Due to disagreement on the part of pathologists as to the exact classification and nature of thyroid tumors we shall confine this presentation to those cases which were microscopically confirmed.

Nineteen of them are females vs. five males; a ratio of almost four to one.

The registration of cases has been completed so far for the years 1948 and 1949; these two being the only years for which the incidence may be computed. The incidence per 100,000 population for 1948 was 0.3; that for 1949, 0.2. The incidence per 100,000 females was 0.4 for both years, the declination occurred in the male population. We must, however, keep in mind that the number of cases is so small that a difference of one or two cases will give a rather marked relative change, even though not in magnitude, between incidences for different years.

The average age of the thyroid cancer patient at the time of diagnosis is 47.6 years; with 47.6 for females and 48.0 for males. (See Table I)

The two most common types of histologic classification are adenocarcinoma and carcinoma (See Table II).

At present the "Carcinoma" cases are being reviewed by the Pathology Department of the School of Medicine of the University of Puerto Rico in order to relate them to the classification as given in Table III.

All of these cases were treated. All but two cases were treated by surgery, and ten of them received x-ray therapy in addition. Two cases received X-ray therapy only.

Of the cases in which the stage at the time of diagnosis was given, half were still localized when first recognized as cancer. However, in almost one third of the cases the stage at the time of diagnosis could not be ascertained from the hospital record (See Table IV).

* Biometrician, Bureau of Cancer Control, Department of Health of Puerto Rico

TABLE I — CASES OF HISTOLOGICALLY PROVED CANCER OF THYROID IN PUERTO RICO, BY AGE AND SEX.

Age	Total		Male		Female	
	No.	%	No.	%	No.	%
All cases	24	100.	5	100.0	19	100.0
Under 20	0	--	0	--	0	--
20 - 29	3	12.5	1	20.0	2	10.5
30 - 39	4	16.7	1	20.0	3	15.8
40 - 49	5	20.8	1	20.0	4	21.0
50 - 59	7	29.2	1	20.0	6	31.6
60 - 69	1	4.2	0	--	1	5.3
70 - 79	3	12.5	1	20.0	2	10.5
Unknown	1	4.2	0		1	5.3

TABLE II — CASES OF CANCER OF THE THYROID IN PUERTO RICO, BY HISTOLOGIC DIAGNOSIS.

Histologic Diagnosis	Number	Per Cent
All cases	24	100.00
Adenocarcinoma, NOS*	9	37.5
Carcinoma, NOS*	9	37.5
Papillary adenocarcinoma	5	20.8
Small cell carcinoma	1	4.2

* NOS - Not Otherwise Specified

TABLE III — HISTOLOGIC CLASSIFICATION OF CANCER OF THYROID GLAND, AS USED BY THE PATHOLOGY DEPARTMENT OF THE SCHOOL OF MEDICINE OF THE UNIVERSITY OF PUERTO RICO.

I—Papillary adenocarcinoma	V—Epidermoid carcinoma (squamous)
II—Adenocarcinoma (alveolar) (acinar)	VI—Giant cell carcinoma
III—Hurthle cell adenocarcinoma	VII—Sarcoma
IV—Small cell carcinoma	A— Fibro
	B— Lympho

TABLE IV — CASES OF CANCER OF THE THYROID IN PUERTO RICO,
BY STAGE AT TIME OF DIAGNOSIS.

Stage at time of diagnosis	Number	Per Cent
All Stages	17*	100.
Localized	9	52.9
Adjacent extension	3	17.6
Regional Metastasis	3	17.6
Remote Metastasis	2	11.8

* Seven cases (29.2%) in which the stage was not given are not included in this table.

Twelve, one half of the cases, were not diagnosed as cancer until after treatment (surgery in all instances) had been started. The preoperative diagnosis is known to us in five of these cases; four of these were thought to be adenomas, the other a toxic goiter. All proved to be cancers of the thyroid.

The average length of hospitalization is 23.3 days, while the average interval between diagnosis and start of treatment was 26.6 days. If we eliminate one case which took over 11 months before start of therapy, the average interval drops to 11.3 days.

EDITORIAL

¡HOSANNA - HOSANNA!

EN EL PRIMER CINCUENTENARIO DE NUESTRA
ASOCIACION MEDICA

Franjeada de oro, podría ser, esta página de “El Boletín Médico”, que cubre, un día glorioso del medio siglo vivido, desde 1902 hasta 1952.

En el arrastre de esos cincuenta años transcurridos, cierto es que hemos sufrido algunos días de dolor, por viajes sin retorno, a la eternidad, de compañeros ilustres que, con su sabiduría y con su cooperación tanto contribuyeron a la jornada de éxitos de nuestra Asociación; pero, si tristes y lamentables son tales pérdidas, no menos cierto, que los avances de triunfos científicos y de honores conquistados, nos dieron el alivio que hoy sentimos al conmemorar la fecha de la constitución de ella.

Por privilegios de historia, nos correspondió franquear los umbrales de este siglo XX, recogiendo los abundosos frutos de su antecesor, el siglo XIX. Y, ninguno, como él en cadena de los siglos, obtuvo mayores logros de investigaciones de todo orden.

Díganlo, el descubrimiento de los antisépticos, que abrió alas de luz a la cirugía, dando fin a cuanto fué infección y pobredumbre en los hospitales de aquellos viejos tiempos, en que practicar una operación, aún por los más hábiles y diestros cirujanos, era como dar pasaporte al operado, hacia el cementerio. Sabían aquellos cirujanos, que más allá de las operaciones, el final era la muerte. Díganlo, también, el descubrimiento de los anestésicos; los avances maravillosos de la Bacteriología; el descubrimiento de los Rayos Roentgen; las vacunas y los sueros inventados; el conocimiento y prácticas de las transfusiones de sangre y de plasma y otros tantos y múltiples descubrimientos. Una nueva terapéutica hoy más biológica que química, como la de la penicilina y otros, hoy adueñados del campo, en la ciencia de curar.

Y, si todo ésto no fuera mucho y esplendoroso; descubramos llenos de la más profunda admiración ante el genio, que llena de gloria todas las etapas del siglo XX; del hombre, que dejó de ser francés, para ser universal; el gran sabio Luis Pasteur, que si no hubiera el Dios divino, habría, que proclamarlo Dios humano! Acaso, si, destellos del gran Hipócrates, besaran a través de los siglos, la frente gloriosa de este insuperable Pasteur, a quien, la humanidad entera, debe su reconocimiento. Sería profanar su grandeza, pretender encerrar en el límite rígido e inexpressivo de unas líneas, su figura apoteósica. ¡Bendecido él en todos los pueblos,

en todas las cátedras, en todos los escenarios, en todas las cumbres del pensamiento, y sobre todo, en los hogares, donde antes de su aparición frente a las platinas en el laboratorio, tantos logros de investigaciones, dió a la Medicina.

Y, ahora, mientras la pluma descansa, tengo frente a mí trajeado, ya de viejo pergamino, el "Reglamento, que dió sus primeras normas a seguir, a nuestra Asociación, casi se siente latir el pensamiento de quienes pusimos afanosos, mente, corazón y manos en él.

La Etica o Moral médica, —lo baña con sus idealidades: las recomendadas desde Hipócrates, el Padre de la Medicina.

Queríamos y aún queremos, el cultivo amable de la confraternidad, entre nuestros afiliados. Hoy, con mayor afirmación, en que la humanidad, ayuna de espiritualidad, la olvida irreverente.

Ignora, qué progreso alguno puede alcanzarse, en los afanes del ansioso vivir, si el alma no se eleva, a planos altos, de espiritualidad.

En este medio siglo, hemos rendido culto fervoroso a la ciencia, pero quizás y sin quizás, con merma de confraternidad que no debemos olvidar.

Dentro de la Etica, que es doctrina de conducta; ¡nuestras cláusulas deben ser las que, mejor luzcamos: siempre puras y limpias; a la altura en todo momento, de nuestra personalidad médica!

Y, pues, que conmemoramos la fiesta de haber venido a la vida, justo y preciso es, que conozcamos nuestra fe de bautismo: ¿cómo nacimos; cómo vino a la vida la "Asociación Médica puertorriqueña?

Al igual de todo lo que es obra del pensamiento, hay en ella, un proceso de evolución, que le precede, siempre.

Durante los años, 95, 96, y 97, pude conocer, porque la viví, la forma en que desarrollaba su existencia, el médico de aquellos años.

Sabía de sus angustias, de las científicas, por no tener a su alcance, aquellos medios auxiliares de carácter técnico, que, a placer de holgura, disfruta el médico moderno y las angustias consiguientes que le producía, el aislamiento en que, por razones varias, se veía obligado a vivir. ¡Era la víctima de aquel individualismo imperante de la época, que lo privaba de toda relación médica y lo sumía, en un estado de enquistamiento! ¡Pude poner el dedo en la llaga y conocer su triste realidad! Y, ¿qué hacer?

Allá por los años 1898, con el carácter de Socio Corresponsal del Colegio de Médicos de Madrid, y, con éste relacionado, prendió en mi mente, la idea, de algo parecido. Concebí, así, la idea de fundar la Asociación Médica, que hoy, para nuestro honor y nuestra gloria sirve sus arrogancias de autoridades y de prestigios.

Fué aquello, el primer chispazo: ¡el fiat lux!

En el ambiente de aquella época, en que la filosofía del espíritu de asociación, no prevalecía; agitar la idea de crear una Asociación Médica, era, como echar a volar un globo lleno de aire.

Pero había, que persistir, convencido de que, para la fuerza de las ideas, cuando el bien o la verdad persiguen, no puede haber resistencia.

Y, puse manos a la obra.

Al igual, de todo lo que se crea, hay que luchar con las dificultades y los obstáculos por vencer, que son la espuela de oro.

Dos o tres de mis más íntimos compañeros, sonrieron, con fina ironía, al enterarse de mis propósitos.

Para ellos, yo era un soñador, un romántico, olvidándose de que, las obras grandes, van inspiradas, siempre en una ilusión, que prende sus alas, en el pensamiento.

¡No discutí! Yo sonreí también, pero a flor de mi sonrisa, les presenté para su firma la carta, que habría de dirigir a los médicos de la Isla.

Por virtud de esta carta circular, que firmamos los Dres. R. Vélez López, Mariano Ramírez y el que escribe, hicieron acción de presencia, solamente unos 15 médicos.

Realidad bastante desconsoladora para entibiar los más fervorosos entusiasmos; pero el deber nos mandaba y la fe iba con nosotros.

Acordóse, en esa reunión convocar una segunda para constituir la Directiva y fuímos aclamados por unanimidad: el que escribe para la Presidencia y vocales los Dres. José N. Carbonell y R. Vélez López.

Esa es la historia de la génesis gloriosa de nuestra Asociación Médica.

Dr. Manuel Quevedo Báez

CARTAS AL EDITOR

19 de septiembre de 1952

Dr. Manuel Paniagua
Presidente Junta Editora
Boletín Asociación Médica de P. R.
San Juan, Puerto Rico

Estimado Colega:

A nombre del Comité de Diabetes de la Asociación Médica de Puerto Rico, tengo el gusto de informarle los resultados finales de la campaña de Detección de Diabetes, llevada a cabo en toda la Isla durante la segunda semana de noviembre de 1951. Estos resultados han sido ya informados a la American Diabetes Association y ha tenido grandes elogios para la clase médica de Puerto Rico y todas las demás organizaciones y personas que contribuyeron al éxito de aquella campaña.

A través de nuestro Boletín queremos hacer llegar a todos los médicos de Puerto Rico, nuestro agradecimiento por la cooperación desinteresada que nos brindaron durante la campaña del año pasado, y al mismo tiempo aprovechar para recordarles que este año se llevará a cabo la segunda campaña, en el mes de noviembre, durante la cual esperamos duplicar las cifras logradas anteriormente.

Le incluyo un detalle de los resultados obtenidos en cada uno de los municipios de Puerto Rico, acompañado de la población de cada uno, para poder establecer comparación de valor estadístico. Descuellan entre ellos, los resultados obtenidos en San Germán y Lajas, en proporción a la población respectiva en cada uno de estos municipios, lo cual refleja el interés y la actividad de los compañeros que organizaron la campaña en dicha área, por lo cual deben recibir el reconocimiento que ameritan.

Le agradeceremos la pronta publicación de esta carta, así como cualquier prominencia que pueda darle a nuestra campaña en el futuro.

Atentamente,

RAUL C. VIZCARRONDO, M.D.

COMITE DE DIABETES, ASOCIACION
MEDICA DE PUERTO RICO

SECCION ADMINISTRATIVA

Servicio Médico Central

Es con verdadero placer que informamos en esta ocasión, que el SERVICIO MEDICO CENTRAL que auspicia la Asociación Médica del Distrito de San Juan, empezará a funcionar el miércoles, 1ro de octubre. A esta fecha dicho servicio cuenta solamente con el respaldo efectivo de 66 miembros cuyos nombres publicamos a continuación:

Alonso, Miguel	Flax, Herman J.	Montalvo, Luis J.
Astor, Manuel A.	Font, J. H.	Montilla, Eduardo
Basora Defilló, Juan	García Bird, Jorge	Morales, Juan Enrique
Berio Suárez, José	García Castillo, A.	Morales, Luis Manuel
Bladuell, Héctor A.	García García, José	Murphy, Ian D.
Busquets, Salvador C.	Gil, Rafael A.	Navas, Antonio
Casanova Díaz, A. S.	González, Frederick J.	Noguera, Julio
Chiqués, Carlos M.	Guarch, Josefina	Oliveras Guerra, A.
Clark, Samuel	Guzmán-López, Luis R.	Picó, Guillermo
Colón, Rafael	Héreter, Jorge A.	Picó, José
Colón Dávila, Jorge	Hernández-Morales, F.	Pou, Jaime F.
Colón Rivera, Egidio	Horn, Karl	Ramos Oller, Antonio
Comas, Arsenio	Hostos, Eugenio M. de	Rivera Hernández, Gilberto
Cordero, Jeramfel	Isales, Luis M.	Rivera Lugo, Carlos
Curbelo, Pablo G.	Kodesh, J. B.	Rodríguez-Forteza, Félix
Deliz, Luis R.	Lombardi, Anthony L.	Rullán, Pedro J.
Díaz Rivera, Rurico	Marchand, Angel M.	Salazar, Andrés A.
Diez Rivas, Federico	McConnie, Randolph	Sanjurjo, Luis A.
Fernández, Ricardo F.	Mejía, Alberto L.	Tomasini, Mario J.
Fernández-Marina, R.	Méndez-Cashion, Dolores	Vallecillo, Fernando
Figueroa, Miguel	Milán, Enrique	Vallés, Héctor M.
Firpi, Miguel A.	Mo'ano, Pedro A.	Vilar, Rafael A.

Hay otro grupo de compañeros que han ofrecido dar su endoso a este plan; pero que aún no han hecho efectiva la cuota del primer trimestre. Cordialmente les exhortamos a que a que satisfagan su cuota y se presten a dar su respaldo absoluto a este proyecto ahora, que es precisamente cuando más urgente es que todos le brindemos nuestro apoyo.

Difícilmente podrá este plan extenderse más allá de diciembre próximo si no logramos llevar el total de suscriptores por lo menos a 100; pero estamos confiados en que el esfuerzo que realizan los compañeros cuyos nombres aparecen transcritos anteriormente sirva de estímulo a los demás miembros del distrito de San Juan a quienes conviene suscribirse a un plan de servicio telefónico como el que auspicia la Asociación Médica del Distrito de San Juan. Una vez más apelamos a la buena voluntad de los compañeros.

El teléfono del Servicio Médico Central es el 3-2467. Sugerimos a los compañeros del distrito hagan imprimir en sus tarjetas y recetarios la siguiente nota: "Cuando usted no pueda localizarme, llame al teléfono 3-2467."

Asamblea Extraordinaria

El domingo 21 del mes en curso se celebró en el domicilio de nuestra Asociación una asamblea extraordinaria con el fin de enmendar la Constitución de manera que en lo sucesivo la directiva esté integrada por un Presidente, un

Presidente electo, un Presidente saliente, un Secretario, un Tesorero, un Speaker de la Cámara de Delegados y siete vocales, uno por cada Asociación de Distrito, que lo será el presidente de distrito, y crear un Comité de Nominaciones que tendrá a su cargo la selección y estudio de candidatos para el cargo de Presidente electo.

La enmienda propuesta por la presidencia fué debidamente aprobada, y en una fecha próxima se reunirá en sesión extraordinaria la Cámara de Delegados para enmendar el Reglamento de la Asociación de conformidad con el cambio hecho a la Constitución y que pueda entrar en funciones el Comité de Nominaciones.

Campaña para descubrir casos de diabetes

El Comité de Diabetes de nuestra Asociación está trazando planes para la segunda campaña anual de descubrimiento de diabetes, la cual se llevará a cabo del 16 al 22 de noviembre de este año. La cooperación aportada el año pasado por un gran número de médicos del país fué un factor decisivo en el éxito de la primera campaña, y estoy seguro que todos los miembros de la Asociación están deseosos de prestar su ayuda para la segunda campaña. Deseo recordarles que no se trata de una campaña pra recolectar fondos.

Para refrescar vuestra memoria, damos a continuación un esbozo de la campaña:

1. *Propósito*: Descubrir casos de diabetes.
2. *Extensión de la campaña*: A través de toda la Isla.
3. *Método*: Examen de orina, preferiblemente de muestra obtenida después del desayuno o el almuerzo.
4. *Facilidades requeridas*:
 - (a) Local adecuado para practicar exámenes de orina.
 - (b) Personal - 1 médico en cada local y personal adecuado para hacer el trabajo clerical.
 - (c) Material de laboratorio, que será suplido por el Comité Central.
 - (d) Material de oficina, que será suplido por el Comité Central.

El año pasado, no pasó desapercibida la labor altruísta de nuestra profesión al rendir este servicio a la comunidad. Aunque nosotros los médicos estamos acostumbrados a trabajar silenciosamente para el bien de la humanidad, no podemos sino sentirnos halagados por el reconocimiento público que se nos acordó durante y después de la campaña de descubrimiento de diabetes.

Directorio Médico

Una vez más reiteramos nuestra súplica a los miembros de la Asociación que aun no han devuelto la tarjeta correspondiente al Directorio Médico, para que nos la remitan en los primeros días del mes de octubre. Nos gustaría que el Directorio Médico que se propone publicar nuestra Asociación con motivo de la celebración de su cincuentenario tenga los datos más exactos en cuanto a los miembros de nuestra agrupación. En aquellos casos en que no recibamos los datos biográficos del propio interesado procederemos a usar los que hemos obtenido de otras fuentes.



A record you can be proud of...

Since 1934, the nation's infant mortality rate has been cut by about one half. Important reasons for this remarkable decline include widespread use of chemotherapy, increased use of immunization, greater use of hospitals for confinement and illness, extended prenatal programs, improved infant feeding and care.

A principal factor in this record of progress is the unique cooperation in America between medicine and industry in doing and sharing scientific research, in the application of research findings to expansion and improvement of medical facilities—the tools and apparatus—the knowledge and service which contribute to public health.

That's one reason so many physicians favor Pet Evaporated Milk.

They know, of course, that Pet Milk is good milk for babies. They know, too, that the Pet Milk Company stands for and aids the kind of research and service that make this a better and safer world for babies.

**FAVORED
FORM OF
MILK FOR
INFANT
FORMULA**



PET MILK COMPANY

1472-B Arcade Building, St. Louis 1, Missouri

Distribuidores: **B. FERNANDEZ & HNOS., SUCRS.**
San Juan, Puerto Rico

*Notabilísimos
resultados
con
Furacin*

por ejemplo:

EN OTITIS ...



Los investigadores clínicos informan lo siguiente:

- cura o marcada mejoría en 90% de un grupo de pacientes con otitis media y externa de origen bacteriano.
- cura de la mayoría de los pacientes con otitis bacteriana externa, después de sólo tres visitas al consultorio.
- marcada disminución del mal olor, en casos crónicos de otitis media.

Anderson, J. and Steele, C.: Laryngoscope 58:1279, 1948. Douglass, C.: Laryngoscope 58:1274, 1948. Long, P. H.: A-B-C's of Sulfonamide and Antibiotic Therapy, Philadelphia, W. B. Saunders, 1948, p. 152.
Literatura a solicitud.

* Marca Registrada.

Las razones que explican la eficacia clínica de Furacin* son: un amplio espectro antibacteriano, incluyendo muchos gérmenes gram-negativos y gram-positivos; eficacia en presencia de exudados; ausencia de citotoxicidad: no interfiere con la cicatrización o fagocitosis; vehículos hidrosolubles que se disuelven en los exudados; baja frecuencia de sensibilización: inferior a 5%; habilidad de reducir a un mínimo el mal olor de lesiones infectadas; estabilidad.

Contiene 0.2% de Furacin (nitrofurazone N.N.R.) disuelto en glicol polietilénico, hidrosoluble e higroscópico.



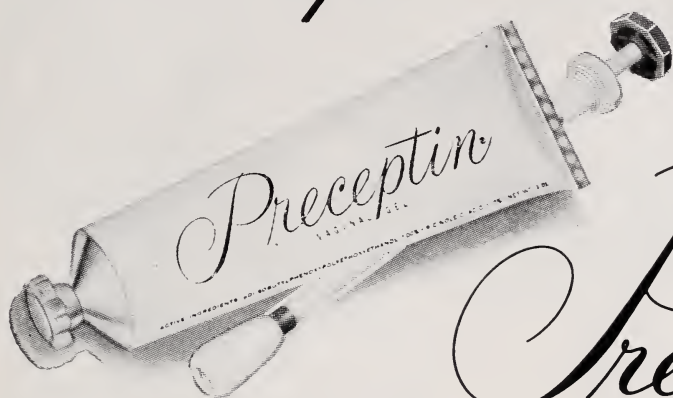
LABORATORIES Inc.
NORWICH, NEW YORK, U. S. A.



FURACIN APOSITO SOLUBLE • FURACIN SOLUCION • FURACIN OTO-SOLUCION ANHIDRA

Distribuidores—CESAR CASTILLO, INC., Calle Tetuan 155, San Juan

contraception without the diaphragm



Preceptin®

VAGINAL GEL

applied with measured-dose applicator

PRECEPTIN vaginal gel doesn't just eliminate the occlusive diaphragm. It replaces it with a new physicochemical barrier. The Gel is ideal for simple, effective conception control because it:

- 1 spreads rapidly and adheres well to the vaginal vault and cervix. It occludes the cervical os immediately following application and for many hours postcoitally;**
- 2 is highly miscible with semen, permitting intimate contact of spermatozoa with the spermicidal agents incorporated in PRECEPTIN vaginal gel;**
- 3 rapidly releases its active spermicides killing spermatozoa on contact.**

Patients' cooperation is assured by its noninterference with normal coitus, its freedom from leakage and excessive lubrication.

composition: PRECEPTIN vaginal gel contains the active spermicidal agents p-Diisobutylphenoxypolyethoxyethanol and ricinoleic acid in a synthetic base buffered at pH 4.5.

1. Stromme, William B., and Rothnem, Morris S.: International Record of Medicine and General Practice Clinics 164:675 (Nov.) 1951.
2. Hunter, G. Wilson; Darner, C. B., and Gillam, J. S.: International Record of Medicine and General Practice Clinics 164:674 (Nov.) 1951.

The clinical record in two case studies^{1,2*}
A — 634 patients, effectiveness rate of 97.9%
and B — 704 patients, effectiveness rate of 98.2%,
proves the outstanding clinical effectiveness of PRECEPTIN vaginal gel.

*Abstracts available on request

A product of the Ortho Research Laboratories

Sample and literature available on request.

Ortho Pharmaceutical Corporation
Raritan, New Jersey

Manufacturers of Ortho-Gynol® vg. jelly,
Ortho® Creme, Ortho® Kit,
and Ortho® White Kit.

OCUSOL

*a refreshing,
soothing
collyrium*

**FOR OCULAR IRRITATION
DUE TO EYESTRAIN,
DUST, SMOKE OR GLARE**



Ocusol® is an isotonic, aqueous solution containing boric acid U.S.P. 1.1%, sodium borate U.S.P. 0.5%, berberine sulfate 0.01%, distilled extract of witch hazel N. F. 2.6%, camphor U.S.P. 0.04%, methylparaben U.S.P. 0.05%, rose oil 0.01%, glycerin U.S.P. 1.3%, NaCl U.S.P. 0.38% and water 94.01%.

Ocusol is harmless to the eyes; it may be used as often as required. Each package contains a sanitary, plastic eye cup.

Norwich

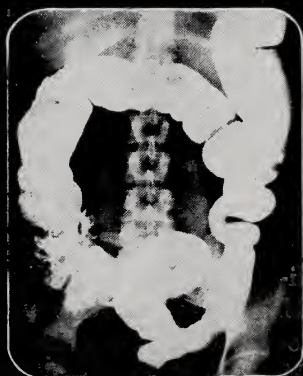
THE NORWICH PHARMACAL COMPANY

Norwich, New York, U. S. A.

^ Distribuidores—CESAR CASTILLO, INC., Calle Tetuan 155, San Juan

**FOR PROMPT
INTESTINAL CLEANSING . . .**

Evacuant ACTION WITHOUT REACTION



When the doctor says "Phospho-Soda (Fleet), in larger dose, for prompt, complete evacuation", the nurse knows that, within an hour or so, it will produce a response very much like that of an enema. Yet, when so used in cases of transient costive distress, or prior to diagnostic or surgical work, its gentle action is quite free from irritation, griping, or other adverse reactions. Samples on request.

Phospho-Soda (Fleet) is a solution containing in each 100 cc sodium biphosphate 48 Gm. and sodium phosphate 18 Gm. Both 'Phospho-Soda' and 'Fleet' are registered trade-marks of C. B. Fleet Co., Inc.

C. B. FLEET CO., INC., LYNCHBURG, VIRGINIA

THERE IS ONLY ONE

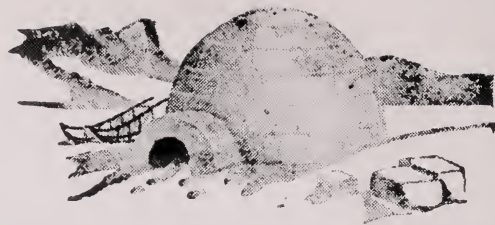
PHOSPHO-SODA (FLEET)[®]

A Laxative for Judicious Therapy

ACCEPTED FOR ADVERTISING BY THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

**Distribuidores: COMERCIAL GODEL, INC.
Ave. Fernández Juncos 1608 — Santurce, P. R.**

SEGURA...



*... En el Polo Norte
o en la Selva Tropical*

En cualquier clima, bajo las condiciones más variadas, la Leche KLIM es siempre segura, pura y uniformemente nutritiva. En efecto, KLIM ha sido usada en muchas expediciones al Polo Norte y al Polo Sur y bajo el sofocante calor de las selvas ecuatoriales. Y siempre la frescura uniforme, sabor y calidad inmejorables de esta cremosa leche en polvo permanecen intactos en su lata cerrada al vacío, envasada por medio de un procedimiento especial.

Considere también, Doctor, otras grandes ventajas de la Leche KLIM,

tal como su fácil digestibilidad, una de las razones por la cual muchos pediatras recomiendan esta leche superior en la alimentación de los niños.

Además de que es una leche ideal para la nutrición de los niños y para la familia en general, KLIM es un alimento suave pero muy vigorizante para los ancianos de estómago delicado. Esta leche tan saludable también se recomienda en las dietas de convalecientes y frecuentemente en las de aquellos que padecen de úlceras pépticas.

No hay mejor leche que KLIM.



KLIM

LA PREFERIDA EN TODO EL MUNDO

Nos complaceremos en suministrarle informes profesionales completos sobre la Leche KLIM. Sólo tiene que escribir a:

THE BORDEN COMPANY, División de Exportación
350 Madison Avenue, Nueva York 17, N. Y., E. U. A.

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Fortaleza 104, San Juan, P. R.

Effect of

WHEAT BRAN *on*

intestinal evacuation



Twenty-two research studies were made at five universities on the use of wheat bran in treatment of constipation due to lack of bulk in the diet. One study, which sought to determine the effect of 1 oz. (30 gm.) of wheat bran on the emptying time of the small intestines, and on the emptying time of the entire gastrointestinal tract, showed the following:

1. Wheat bran (in the form of All-Bran) does not accelerate a 24-hour cecal emptying time, but does accelerate the cecal emptying time in those cases where there was a slow (48-hour) cecal evacuation.

2. The total emptying time of the gastrointestinal tract is influenced only in the normal individuals who had a forty-eight hour or longer cecal emptying time. In such delayed cases, the total emptying time was accelerated by at least 24 hours.

A summary of this 14 years of research, with complete bibliography, is now available to physicians. It was prepared under the supervision of Dr. Carl W Lindow, Research Director of the Kellogg Company.



THIS COUPON WILL BRING YOUR COPY PROMPTLY

Kellogg Company, Box 350, Battle Creek, Mich.

Please send me your complimentary summary on the importance of All-Bran in treatment of constipation due to lack of bulk in the diet.

NAME.....M. D.

STREET.....

CITY.....STATE.....



Please send me 12 1-ounce samples of Kellogg's All-Bran.

Check here
if you want
these samples.

Many doctors have found Kellogg's All-Bran—made from the vital outer layers of the finest wheat kernels—an excellent source of dietary bulk. We will gladly send 1-ounce samples to doctors who would like to have them on hand for their patients.

VERILOID*

Product of Riker Research

● *What the Product Is:* The hypotensive ester alkaloids of *Vera-trum viride* extracted by an exclusive process developed in the Riker research laboratory. The active material represents approximately 0.1 per cent of the weight of the crude drug from which it is derived.

● *What It's For:* Veriloid is indicated in the treatment of all forms of hypertension. It produces good response even in cases of malignant hypertension and severe essential hypertension.

● *Advantages:* Because biologically standardized for hypotensive activity dogs, Veriloid is constant in pharmacologic potency—from bottle to bottle, from batch to

batch. Veriloid may be given for indefinite periods since drug tolerance is unlikely.

● *How Administered:* Dosage must be carefully adjusted to suit the need of the individual patient. Comprehensive instructions for dosage determination are given in the brochure "Veriloid in the Management of the Hypertensive Patient" copy of which is available on request.

● *How Supplied:* In 1.0, 2.0, and 3.0 mg. scored tablets, in bottles of 100, 200, 500 and 1000. To be sold on prescription only.

● *How Promoted:* Intensively promoted to the medical profession in a strictly ethical manner.

RIKER LABORATORIES, INC.

8480 Beverly Boulevard - Los Angeles 48, California

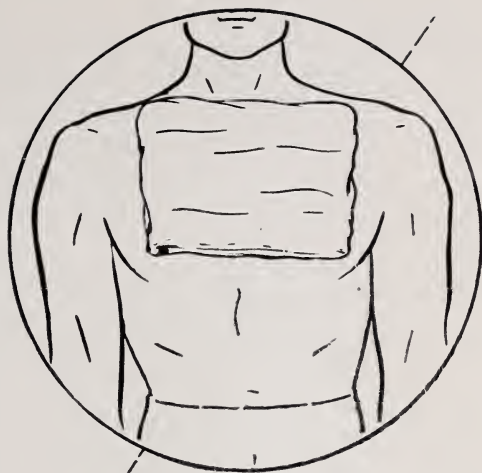
Available in all Drug Stores.

A LOS SEÑORES MEDICOS

Nos complacemos en recordarles que desde hace 25 años somos distribuidores de los productos de ELI LILLY, de los cuales siempre tenemos completo surtido en existencia.

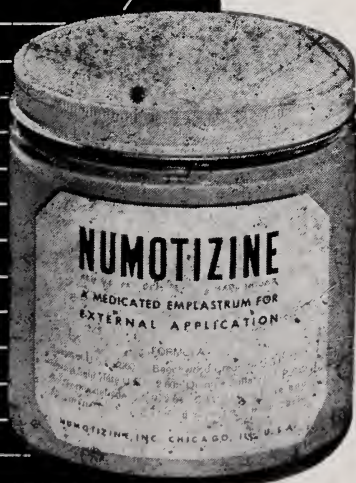
J. M. BLANCO, INC.

(Droguería Blanco)



La acción analgésico-
descongestiva del
emplasto medicado

NUMOTIZINE



alivia el dolor y reduce la congestión en el tratamiento de

... **CONDICIONES
RESPIRATORIAS**

... **AFECCIONES
GLANDULARES**

... **INFLAMACIONES
NEURO-MUSCULARES**

Una aplicación dura de 8 a 12 horas.

NUMOTIZINE, INC
900 N. Franklin St., Chicago,
E. U. A.

FRANCISCO N. CASTAGNET
P. O. Box 2506 - San Juan, P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

Organizada en 1881

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción continua en diagnóstico cistoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA

Curso combinado completo de un año académico (9 meses). Consiste de asistencia a clínicas, presencia en operaciones, conferencias, demostraciones de casos y demostraciones en el cadáver; operaciones de ojos, oídos, nariz y garganta en el cadáver; disecciones del cuello y la cabeza (cadáver); demostraciones clínicas y en el cadáver sobre broncoscopia, cirugía de la laringe y cirugía facial; refracciones; roentgenología; patología, bacteriología; y embriología; fisiología; neuro-anatomía; anestesia; fisioterapia; alergia; examen pre-operatorio y post-operatorio de pacientes en las salas y clínicas. También cursos cortos de repaso (3 meses).

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, r a d i a n y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así como los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, utorosalpiografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirrenal y pielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiólogos.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

EL HERALDO MEDICO

Circulación: 5,000

Envíe su anuncio a la

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

P. O. Box 9111 — Santurce, P. R.

HYPERTENSION can be effectively controlled with....

**TRIPLE-ACTING
VERUTAL**
(RAND)

EFFECTIVE

NON-TOXIC

ECONOMICAL

which combines

**VERATRUM
VIRIDE**

with other therapeutically effective ingredients essential for the correct management of hypertension.

VERUTAL

each
TABLET contains:

Veratrum viride 100 mg. }
Mannitol hexanitrate 1/2 gr. } **VASODILATION**

Phenobarbital 1/4 gr. - **SEDATION**

Rutin 10 mg. - **CAPILLARY PROTECTION**

*Samples and literature
on
request*

RAND

pharmaceutical co., inc.
albany, n. y.

Representative for Puerto Rico
A. F. LEGRAND, Ph.G.
P. O. Box 9022

Toxicity of Sedatives - The Clinical Factors

Rise in the use of sedatives can be traced directly to *living under tension* and the resultant increase in cases of *benign nervousness*.

The sedative employed to allay daytime nervousness and enable more restful sleep should:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. effectively reduce tension | } thus permitting the patient to carry out usual daytime activity. |
| 2. have low toxicity | |
| 3. be non-habit-forming | |
| 4. be non-soporific | |

It has been observed that the double salt calcium bromido-galactogluconate meets these criteria particularly well, since the bromine and calcium exert synergistic sedation, and at the same time, the calcium counter-acts bromine toxicity. (See table.)

Calcium bromido-galactogluconate is known as Calcibronat.

PROPERTIES OF SEDATIVES COMPARED

PROPERTY UNDER CONSIDERATION	BARBITURATES	ALKALINE BROMIDES (sals of Na, K & Ammonium)	CALCIBRONAT
Intensity of daytime sedation	Greater than necessary—results in drowsiness	Satisfactory—no drowsiness	Satisfactory—no drowsiness
Habit-forming?	Yes	No	No
Cumulative toxicity	Relatively high	Tendency to bromism	Low
Palatability	Bitter, but can be given in tablet form.	Poor (disagreeable saltiness)	Good (no disagreeable taste)
Gastric toleration	Satisfactory	Poor (alkalinity leads to gastric upset)	Good (no gastric irritation)

Calcibronat is a mild neuro-sedative, useful in treating cases of "nervousness." Its particular attributes are:

1. It does not cause sluggishness during waking hours.
2. It can be taken orally for prolonged use.
3. Because of its rapid onset of action, it can be used parenterally in unusually disturbed patients.
4. It is non-habit-forming and non-toxic.

Reference: ALPERT, B.: Year Book Of General Therapeutics, Chicago, Year Book Publishers, 1940, p. 371.

For further data on the use of this drug in the control of unpleasant symptoms, nervousness and pruritus associated with dermatologic conditions, write to:

Sandoz Pharmaceuticals

DIVISION OF SANDOZ CHEMICAL WORKS, INC.
Scientific Dept., 68 CHARLTON ST., NEW YORK, N. Y.

A S A M B L E A A N U A L

DEL

CINCUENTENARIO

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

DICIEMBRE 10 al 14 de 1952



Las firmas interesadas en obtener espacio para exhibir sus productos durante los días de la asamblea pueden dirgirse a:

JESUS A. SANCHEZ
Secretaro Ejecutivo
Asociación Médica de Puerto Rico
Apartado 9111
Santurce, P. R.

Low-dosage Sedation and High-dosage
B-complex Benefits these Patients



convalescent



anxiety state



tired, nervous



anorexia

Restoration of a Normal Emotional Picture is often facilitated by administering BĒPLETE as an adjunct to other appropriate measures—psychotherapy, diet, etc.

BĒPLETE supplies phenobarbital and substantial amounts of B vitamins including Vitamin B₁₂. Available as a highly palatable Elixir, and as Tablets.

BĒPLETE®

VITAMINS B-COMPLEX WITH PHENOBARBITAL WYETH

Wyeth INCORPORATED, PHILADELPHIA 2, PA.

Distribuidores: FRANCISCO N. CASTAGNET
San Juan, Puerto Rico

EL INSULIN NPH, LILLY

satisface la necesidad clínica de disponer de una preparación insulínica que además de ser de acción más rápida que la insulina protaminozíncica ejerza el efecto "entrelazante" que se requiere para obtener control satisfactorio en la mayoría de los diabéticos con una sola dosis diaria. El Insulin NPH, Lilly, es la preparación insulínica más útil para el mayor número de diabéticos.

El Insulin NPH, Lilly, simplifica el tratamiento de una gran mayoría de diabéticos. Los estudios clínicos indican que aproximadamente cuatro quintas partes de los casos de diabetes sin complicaciones pueden tratarse con una sola inyección diaria de esta preparación.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E. U. A.